

V. 43 *last index*

ANAIIS PAULISTAS DE MEDICINA E CIRURGIA

10.5
A508
13
C
DIRECTOR: EURICO BRANCO RIBEIRO

Rua Pirapitingui, 114 — Telefone 7-4020

Caixa Postal, 1574 — S. PAULO (Brasil)

Assinaturas: Por 1 ano . . . 30\$000. Por 2 anos. . . 50\$000.

VOL. XLIII

Janeiro de 1942

N. 1

Sulfalbum

comprimidos de
sulfanilamida dosados
a 0,5^{ra}45.

MAY 19 42

Tolerancia perfeita quando
usados concomitantemente
com injeções endovenosas
de Hexose (glicose a 50%)

Eis
um nome facil de
guardar:

Sulfalbum

Cento e cinquenta e nove mil contos

A SUL AMERICA TERRESTRES, MARITIMOS E ACIDENTES

COMPANHIA DE SEGUROS

*pagou de indenizações a seus
segurados até o ano de 1941*

**Acidentes do Trabalho, Fogo, Acidentes
Pessoais, Responsabilidade Civil, Automo-
veis, Maritimos, Transportes e Fidelidade**

MATRIZ: RIO DE JANEIRO

A MAXIMA GARANTIA EM SEGUROS

Sucursais, Inspetorias e Agencias em todo o Brasil

SUCURSAL DE SÃO PAULO

RUA BOA VISTA, 175 — 4.º - 5.º - 6.º - 7.º andares

TELEFONES: 2-3123 e 2-3124 - 20 ramais internos

A recompensa dum esforço: a confiança publica

Medical
gift - pub.

ANAIIS PAULISTAS DE MEDICINA E CIRURGIA

610.5
A508
P3
v. 43-44

Sumário:

	PÁG.
Tratamento da litíase ureteral — Dr. Carlos de Moraes Barros	5
Produção médica de São Paulo	65
Sociedade de Medicina e Cirurgia	65
Associação Paulista de Medicina	69
Sociedade Paulista de Leprologia	84
Sociedade de Medicina Legal e Criminologia	85
Sociedade de Medicina e Higiene Escolar	86
Sociedade do Serviço do Prof. Celestino Bourroul	86
Literatura médica	89
Imprensa médica de São Paulo	93
Vida médica de São Paulo	95

CITAÇÃO BIBLIOGRÁFICA

Pedimos encarecidamente aos nossos colaboradores que ao fazerem *citação bibliográfica* obedçam rigorosamente às seguintes normas:

I. Quando se trata de PUBLICAÇÕES PERIÓDICAS:

Nome do autor;
Título do artigo (em itálico ou entre aspas);
Nome do jornal ou revista e lugar onde é editado;
Volume (em algarismos romanos);
Página (em algarismos arábicos);
Mês (dia do mês, si possível) e
Ano.

Exemplo: EURICO BRANCO RIBEIRO: "Adenocarcinoma primitivo da vesícula biliar", Anais Paulistas de Medicina e Cirurgia, S. Paulo, XXVII, 431, abril de 1934.

II. Quando se trata de LIVROS E MONOGRAFIAS:

Autor;
Título da obra (em itálico ou entre aspas);
Edição (si não for a primeira);
Volume (em algarismos romanos);
Página (em algarismos arábicos);
Editor;
Cidade; e
Ano.

Exemplo: EURICO BRANCO RIBEIRO: *Estudos Cirúrgicos*, I, 231, Sociedade Editora Médica Ltda., São Paulo, 1934.

As separatas são fornecidas ao preço de 4\$000 por pagina, 100 exemplares.

Entero- Vioformio "Ciba"

Iodocloro-oxiquinoleína + Sapamina

**Quimioterapia eficaz
de todas as afecções intestinais
infecciosas e parasitárias**

**Tratamento específico da
Disenteria amebiana
e suas conseqüências**

**Na amebíase crônica, o tratamento
combinado, oral e por clisteres, constitui
o método de eleição**

Profilático

Curativo



**PRODUCTOS CHIMICOS CIBA S. A.
Rio de Janeiro - São Paulo - Recife**

Anais Paulistas de Medicina e Cirurgia

DIRETOR: DR. EURICO BRANCO RIBEIRO

SECRETÁRIO: ANTONIO SALDANHA LOURES

Rua Pirapitingui, 114 — Telefone, 7-4020
Caixa Postal, 1574, S. Paulo (Brasil)

Assinatura: por 1 ano 50\$000; por 2 anos 50\$000

Vol. XLIII

Janeiro de 1942

N. 1

Tratamento da litíase ureteral

Dr. Carlos de Moraes Barros

2.º Assistente da Clínica Urológica da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. — Serviço do Prof. Luciano Gualberto

INTRODUÇÃO

Se todo o problema terapêutico é, antes de mais nada, um problema etiológico, o estudo daquele importa no perfeito conhecimento deste. No caso da litíase urinária, as causas da formação de areias ou calculos são, ainda, desconhecidas. Aos fatores etiológicos classicamente responsabilizados: infecção, coloides, perturbações do metabolismo, estase, concentração elevada da urina, se juntou, ultimamente, avitaminose A, C e D após observações em período posterior a Grande Guerra, de deficiência alimentar em certas zonas da Europa, por carencia de recursos. Apareceram valiosos e numerosos estudos, também, sobre hiperparatiroidismo.

Por certo que um só fator de ordem geral não explicará o problema na sua complexa totalidade, nem, também, somente a estase como fator local e predisponente ou a infecção, o farão de outro lado.

As recidivas, embora muito diminuídas com medidas profiláticas de dietética e de eliminação de estase e de infecção local e focal, minuciosamente executadas, prescritas e atentamente acompanhadas, não deixam de existir em casos aparentemente identicos a outros nos quais a litíase não existe. Isto é verdade quer se considere infecção, perturbações metabólicas ou estase.

A multiplicidade de teorias e causas invocadas patenteia, a primeira vista, o afastamento em que ainda estamos da verdade, sobre o assunto.

Dessa forma não ficam mal situadas neste estudo e, antes até, são indispensáveis para uma exposição mais eficiente do detalhe da matéria, as apreciações que faremos, em parte geral, da concepção etiológica moderna, visando tão somente melhor elucidar o problema terapêutico sempre diverso conforme os casos clínicos nos façam defrontar fatores diferentes em cada indivíduo como caso particular e biotipológico.

Não historiaremos épocas e fases desses estudos mas não poderemos deixar de referir indicações e contra-indicações médicas gerais quer no tratamento dito de expectativa ou observação, quer no instrumental ou propriamente urológico quer, como complemento do cirúrgico, nos períodos pré e post-operatórios onde as indicações clínicas, de higiene, a dietética, a cura hidro-mineral, completam e modificam, melhorando, o estado que produziu a litíase e a fará recidivar. Aliás, as especialidades da medicina é que mais lhe integraram a unidade de conjunto e nem é possível encará-las de outra forma, já que analisam e medicam a mais completa e perfeita das harmonias naturais: o corpo humano.

Dividiremos o trabalho em duas partes: uma geral e outra especial. Na primeira estudaremos a terapêutica condicionada pelos fatores etiológicos gerais e locais sem nos ocuparmos de localização dos cálculos, condições, forma, etc. Na segunda, dividiremos a matéria sob o ponto de vista da terapêutica aconselhável, com suas indicações e contra-indicações, quer a obstrução seja aguda ou crônica, subentendida a possibilidade desta apresentar todas as formas daquela. Nesta divisão detalharemos a matéria de conformidade com as diferentes situações e localizações em que o cálculo se possa apresentar.

O tratamento da litíase não pôde se restringir a contemplação quer do cálculo espontaneamente eliminado quer do urológico ou cirurgicamente removido. Há um trato a estudar em sua permeabilidade, ha um rim, órgão vital, a defender das recidivas que o destroem, deve haver uma indicação higiênica, dietética, medicamentosa, urológica ou cirúrgica para melhorar condições gerais, agir profilaticamente nesse sentido e corrigir alterações locais. É este aspeto da orientação terapêutica que mais desejamos acentuar corroborando com aqueles que pensam da mesma forma e, se o tivermos conseguido, nos daremos por amplamente sucedidos.

PARTE GERAL

A calculose ureteral destacou-se em entidade clínica após os trabalhos de JEANBRAU. As afirmações do urologista francês quanto a maior gravidade destes cálculos em relação aos propriamente renais, consideradas, frequência e rapidez com que acar-

retam destruição do rim que os formou e necessidade de extração urgente pela ameaça mais imediata quer de anúria primária, quer de obstrução hidronefrótica, ainda são integralmente acatadas na especialidade.

Se o calculo ureteral (*) nada mais é do que um calculo renal em emigração, claro está que o urologista, para colaborar com a natureza, que procura espeli-lo, deverá, si possível, tentar a eliminação pela via natural, quer pela expectativa medicamentosa, quer pela instrumentação urológica especializada e só recorrendo á intervenção cirurgica propriamente, quando for em absoluto necessaria e indicada. Partindo do mais simples e natural para o mais complexo e no objetivo de bem julgar da maior, ou menor segurança deste ou daquele procedimento, indispensavel se torna um exame completo do caso, estudando o calculo em sua localização, sua fórma e volume, determinando o estado funcional e a permeabilidade do trato urinário até a bexiga (verificando presença de obstrução e estase, causa das mesmas, mecânica ou dinâmica e infecção). Hoje, graças a urografia de eliminação este desideratum é mais facilmente conseguido. Os fatores etiológicos que condicionaram a litíase devem ser pesados para o combate às recidivas. Embora ainda obscura a etiologia, as causas conhecidas comandarão o tratamento de fundo, paralelamente ao tratamento dos fatores locais predisponentes.

Só assim se conseguirá diminuir o numero de recidivas que tão seriamente ameaçam o rim. Nesse particular o urologista agirá não só como especialista mas como médico, num sentido profundamente humanitário (*).

Será falha a intervenção cirúrgica que se limitar a estirpar um calculo ureteral e não se fizer acompanhar de um tratamento profilático rigoroso quer visando corrigir uma causa predisponente ou um fator de ordem geral. Muitas vezes até, nos casos não urgentes, sem infecção violenta e sem obstrução muito pronunciada capaz de destruir rapidamente o rim, o ato de estirpação pôde e deve mesmo ser relegado para um periodo posterior cuidando-se primeiramente dos fatores etiológicos. Evita-se assim que o paciente, motivada ou imotivadamente, prolongue demasiado o periodo entre a extração do calculo e o de tratamento profilático: correções alimentares, higienicas, medicação, elimina-

(*) Alguns autores admitem, e é de admitir-se, em proporção insignificante, a formação de calculos no ureter, na presença de estase produzida quer por estenose ou acotovelamento (Maisonet), quer por traumatismo ureteral ou consequente a tecnica operatória. Israel cita dois casos. Cabot "Modern Urology" segundo volume, pagina 598. Hunner afirma que calculos se formam no ureter e que o estreitamento é que possibilita aglomeração de particulas que constituirão o nucleo. Muita vez, entretanto, o estreitamento é o resultado do calculo originado no rim que desce e traumatiza o ureter e, se houve infecção, maiores probabilidades de litogenese estarão presentes.

(*) Higgins refere redução em recidivas, num periodo de três anos, de 16 4/10 % para 4,7 %. "The 1938 Year Book of Urology". Eisendrath refere que a recorrencia a mais baixa é a de Illiys (1934) 9,3 em 591 casos e a mais alta é a de Keys 21 % em 220 casos. Braasch e Foulds (1924) 14,2 em 677 casos.

ção de estase, estirpação de adenomas das paratiroides nos casos de hiperparatiroidismo, correção das perturbações metabólicas, eliminação de fôcos etc.

DA ESTASE — É fator local de grande significação na litíase urinária e a teoria que admitia estase como predisponente a genese de calculos é muito antiga. Alguns até a consideram indispensável, argumentando com o papel de agente excitante exercido, já pelos cristais, já pelas areias ou pequenos calculos postos em contacto com a mucosa calico-pielo-ureteral ao serem carregados pela urina. Essa excitação produziria, como resposta, maior contratilidade da musculatura de todas as porções do trato, peristaltismo mais violento (hipercinesia) e consequente propulsão e eliminação das concreções: cristaluria. Só a estase explicaria, quer a obstrução mecânica, quer a de origem neurogênica, adinâmica, a deposição de cristais e areias e permitiria o crescimento dos calculos, ainda mas, no ureter.

KEYSER afirma que "experimentalmente a estase, por si, nunca acarreta calculose. A estase em si não é uma causa. Entretanto quando os cristais estão sendo depositados de tal forma que tendem a se fundir, pôde ser facilmente entendido como a estagnação aumenta a sua retenção e crescimento".

É mais frequente a presença de calculos nos rins com drenagem deficiente tanto de origem anatomica, mecânica como patológica.

A anatomia do ureter, com os seus pontos normalmente angustiados, apresentando, tanto ligeiros desvios, como acentuação desses angustiaamentos, ou, ainda, acotovelamentos mais acentuados, pôde agir produzindo estase.

É justamente nos pontos citados que mais frequentemente se localizam os calculos. Mais de 70 % da calculose ureteral situa-se na porção inferior do ureter e, felizmente no dizer de HINMAN, a 4 centímetros do meato ureteral (*).

Variações no percurso do ureter cuja trajetória ou é acentuadamente oblíqua de dentro para fóra e de cima para baixo ou apresenta angulação anormal nas suas porções marginal e sacroiliaca, dificultam a drenagem e produzem estase. A presença de valvulas anormais observados por BAZY agem de forma identica (em 63 ureteres de recém-nascidos encontrou 48 anomalias de forma e calibre: estreitamentos, pregueamentos e torsões). Da mesma forma atuam as membranas descritas por SCHWALLA. Neste particular não se pôde deixar de referir o trabalho magistral da escola de CAMPBELL, na infancia, verificando a existência de obstrução congênica do ureter em 1 % das autopsias pratica-

(*) Pierre Macquet: "75 % da calculose ureteral situa-se no ureter pelvico. Pode-se dizer, em conclusão, que 3 vezes em 4, sinão mais, o calculo do ureter ocupa o segmento pelvico ou justa vesical".

das. Dessas obstruções, estreitamento congênito foi o mais frequentemente encontrado (0,6 % ou 1 vez em 150 casos). Divide, CAMPBELL, a obstrução em congênita e adquirida. No primeiro grupo inclui estreitamento, vaso aberrante, acotovelamento, valvulas, duplicidade, divertículo, ureteroceles, torsão, meato ureteral cego, inserção ureteral anormal, incluindo ectopia e cisto. Nas obstruções adquiridas agrupa as seguintes: estreitamento traumático ou inflamatório, calculo, tumor (muito raro), pressão por tumores extra-ureterais, cistos, linfáticos volumosos. Inclui também, as lesões neuro-musculares. Na maior parte dos casos em que a obstrução pôde ser demonstrada a infecção aparece mas, as vezes, se antecipa. A verdade, entretanto, é que, coexistindo infecção e obstrução, mesmo com os poderosos meios quimioterápicos modernos, dificilmente se consegue vencer a primeira sem primeiro eliminar a segunda.

Conclue dando como corolário de quimioterapia bem sucedida contra a infecção sem prévio restabelecimento de boa drenagem, o valor de um sinal indicativo da inexistência de obstrução considerável. Na clinica são os casos de pielites e pielonefrites agudas e crônicas da infância que se sucedem e nas quais se demonstra a existência de bloqueio ureteral como um fator de predisposição e perpetuação do estado.

Obstrução e estase, e infecção consequente, já explicam uma grande parte da calculose ureteral. E' com o advento da urografia de eliminação que o urologista melhor se aparelha e melhor interpreta o papel da estase na litíase. CAMPBELL aconselha a dilatação progressiva, já na infância, dos estreitamentos, profilaticamente. O diagnóstico nem sempre é fácil pela simples urografia e demanda a passagem de cateter: luz menor do que 4 dilata até 8 e, até 10, em crianças de 3 e 4 anos. Divide o tratamento em conservativo (instrumental e cirurgico) e radical (cirurgico). O que é aplicavel na infância, o é no adulto devendo o especialista obter dilatação dinâmica o que será difícil conseguir com uma só instrumentação apesar da opinião de DORRIN F. RUDNICK e EDWARD E. CORNELL (*).

O que é de observação corrente nos estreitamentos uretrais o é também, guardadas as proporções, em face da diversidade de situação anatomica, nos estreitamentos ureterais, tanto congênitos como adquiridos e principalmente estes que demandam uma verificação posterior após duas ou tres sessões de dilatação, desde que o paciente tolere bem a instrumentação. No que concerne a infância, a tolerancia é até maior do que nos adultos.

(*) Journal of Urology, Maio de 1939. Estudam estreitamento ureteral na mulher demonstrando como a dor que se apresenta de forma bizarra pôde levar aos mais diversos diagnósticos entre os quais, mais frequentemente, apendicite, cisto de ovario, processos gastro-intestinais. Referem cura com dilatação unica.

Abcessos apendiculares, ovarianos, do ligamento largo e outros, da visinhança, bem como tumores, devem ser tratados anteriormente e verificada a seguir a permeabilidade da luz ureteral. Si houver estreitamento, por processo de ureterite ou periureterite, dele se cuidará em tempo util.

Nos casos de ptose renal e consequente obstrução ureteral o tratamento se fará de acôrdo com o caso clínico em apreço. Obstrução do trato baixo (adenoma, estreitamento etc.) é por certo grandemente responsavel pela relativa frequência de calculose renal, não raro bilateral. Doentes aleitados por longo tempo (fraturados, lesões da medula, osteomielites ou afecções de outra natureza) por certo terão má drenagem calicial e pelvica embôra outros fatores tais como, perda de calcio durante os longos períodos de inatividade muscular (descalcificação de todo o esqueleto) bem como, nos casos de lesão óssea, a existência de hiperemia localisada aumentando a irrigação, acarreta descalcificação e esta quantidade maior de calcio condusido pela corrente sanguínea e eliminado ao nível dos rins pôde ser fator na litogênese. MOFFITT fala em osteoporose nesses casos de prolongado repouso, com mobilisação de calcio. LOWSLEY acentúa o fato da má drenagem calico-piéllica nos individuos mantidos em decubito dorsal e nos quais a junção uretero-pelvica é mais elevada que bacinete e calices assinalando que nestes doentes os calculos aparecem indiferentemente em todos os calices inclusive os superiores enquanto que nos individuos não aleitados mais frequentemente se localisam as concreções nos calices inferiores ou no bacinete.

Nas estases de origem neurogênica, adinâmicas, a enervação do pediculo renal completada por decapsulisação renal, reposição e fixação do rim na loja, constituem o tratamento ideal, que afastará as obstruções dessa natureza. Embora a estase seja um fator importante na genese da calculose, como a clínica o demonstra largamente, não é em absoluto, uma causa: em muitos casos obstrução e estase estão ausentes e a litíase está presente e em outros tantos não existe litíase apesar de haver obstrução e estase. Não vamos nos alongar na citação de causas obstrutivas provaveis, o certo é que, toda a causa de estase deve ser eliminada em tempo anterior ou posterior a passagem ou retirada do calculo.

A indicação de um ou de outro procedimento é dada pela natureza do bloqueio renal. Si não é bloqueio agudo, si não ha infecção violenta, si não ha ameaça imediata ao rim, a intervenção primeira deve visar o afastamento da estase. Naqueles casos, entretanto, em que a calculose ureteral se apresenta com bloqueio agudo, é indicada a intervenção imediata, cirurgica, quer diretamente sobre o calculo (ureterolitotomia), quer sobre o rim (nefrostromia), quer sobre o bacinete (pielostomia).

INFECÇÃO: Já ALBARRAN dividia os calculos renais em primarios (sem infecção) e secundarios (com infecção). Via de regra os germes presentes são aqueles que decompõem a uréa. Entretanto, apesar dos estudos modernos e das afirmações de muitos autores o papel da infecção, na litogenese, é incerto, embora em numerosos casos compareça como fator etiológico de real importância. Como para a estase, a clinica assinala existência de muito calculo reno-ureteral sem infecção bem como a presença de infecção no trato urinario sem, contudo, haver formação de calculos.

Muitas teorias, porém, apareceram e foram sustentadas no objetivo de demonstrar o papel desempenhado pela infecção na calculose (diatese litiasica de Albarran e outras).

O assunto é por demais conhecido e tão sómente enunciaremos os trabalhos mais recentes de ROSENOW e MEISSER (1922) acentuando a interferencia de infecção focal existente, na gênese da litíase urinaria. Inocularam estreptococcus isolados da urina, dos dentes e das amídalas de 9 doentes com litíase recorrente na polpa dos dentes de cães sadios e obtiveram lesão renal medular ou calculos em 87% dos animais. Os calculos experimentalmente produzidos eram semelhantes aos encontrados na litíase humana.

HAGAR e MAGATH provaram que certos calculos se formam na presença do bacilo proteus (1926).

Estafilococos piogenicos são frequentemente encontrados como responsaveis pela gênese de calculose bem como os estreptococcus se associam ao estafilo ou a bacilos e a sua presença acrece de muito a virulencia da infecção e dá prognóstico muito mais grave.

J. HELLSTRÖM estudou particular e detalhadamente a questão da presença de estafilococcus nos calculos urinários (renais e ureterais), no Maria Hospital em Stockolmo — (1911 a 1914). Acompanhou 100 casos (57 homens e 43 mulheres). Durante 15 anos estudou o assunto e concluiu dizendo que o estafilococcus é a mais importante causa de litíase em conexão com infecção do trato urinário ao contrario da afirmação classica a este respeito de que mais particularmente estafilococcus, bacilus proteus e secundariamente o bacilus coli é que acelerariam a litogenese produzindo notaveis alterações inflamatórias nos canais urinários.

JOLY, entretanto, afirma que tanto uns como outros germes não têm poder litogenico especial e apenas atuam creando condições favoraveis ao desenvolvimento de calculos.

No que concerne a infecção merecem referencia muito especial os trabalhos de RANDALL sobre a papilite calcificante. RANDALL afirmou que o calculo se deve formar por acrescimo gradual de limo de sais em um nucleo fixo em qualquer porção de pelve renal. Em 609 necropsias estudou ambos os rins exa-

minando cuidadosamente as papilas renais e encontrou lesões papilares em 140 (22,9 %); calculo primario em 25 (4,1 %). Descreveu as lesões papilares que observou como placas largas de material calcareo que substituíam o tecido intersticial. Muitas vezes deparou com calculos aderentes a estas placas cujo epitélío já estava destruido facilitando deposição de cristais e acentuou que a remoção dos calculos dessa forma aderidos deixa na papila uma lesão escavada e rugosa. Concluiu seus estudos disendo que "quando se adiciona a estes fatores possiveis no campo da infecção as probabilidades de alterações circulatórias, de disturbios metabólicos e de reações alergicas parece acertado admitir que lesões pelvicas ocorrem e devem ocorrer em maior frequência do que até agora se suspeita. A hipótese alvitrada é que sobre tal lesão a cristalisação de um calculo renal primario ocorre e que o seu carater químico depende do sal na urina que nessa época é o mais supersaturado". RANDALL na sua concepção não encara, portanto, a litíase, como uma afecção, como uma entidade nosologica, mas sim como um sindroma e todas as teorias, as mais antigas e as mais modernas, de gênese da litíase, tais como a do hiperparatiroidismo, da deficiência de vitamina A, da infecção, seriam mais diversos de certas e determinadas condições orgânicas capazes de produsir o sindroma "calculose".

EDWARD C. ROSENOW JOR. continuando os estudos brilhantemente iniciados por RANDALL, praticou 239 autopsias na Mayo Clinic. Observou o aspéto das placas e verificou que algumas nada são do que delgadas estrias de calcificação parecendo subepiteliais. Outras, mais estensas, comprometiam a medula e epitélío do tubo coletor demonstrando evidencia de deposito calcareo. A medida que o deposito calcareo se aproxima da superficie papilar o epitélío apresenta ulceração seguida de precipitação de limo e sais. Confirmou plenamente os trabalhos de RANDALL, portanto, mas levou mais adiante os estudos e procurou estabelecer evidencia de infecção. Encontrou bacterias nas adjacencias ou proximidades das zonas calcificadas em 24 ou 64,9% de 37 casos que examinou nesse aspéto. Os germes foram difficilmente encontrados e não raro apenas 2 ou 3 diplococcus. De 24 outras papilas sem placas de calcificação e cortadas e incluídas, para exame, pesquisou bacterias em 19 e verificou presença de poucas em um unico caso. Mesmo na presença dessas bacterias faltavam sinais de inflamação. Conclue disendo que este fato nada significa porquanto podem ser estas bacterias as unicas remanescentes de processo anterior e mais agudo. Tendo encontrado infecção em 64,9% dos casos nos quais havia presença de placas de calcificação e apenas em um caso daqueles com ausencia das mesmas placas admite que muita calculose seja

devida a infecção. Se a deposição de calcio ocorre com tecido renal muito lesado ou necrotico, naturalmente não pôde haver infecção aguda. O calcio substitue o tecido inflamado. Possivelmente muitos fatores podem produzir taes depositos calcareos na papila renal.

As relações da infecção para calculo estabelecem-se atravez reação urinaria correspondendo em parte a diferenças de composição das diversas camadas de um mesmo calculo. A reação da urina ou Ph urinário, como se sabe, sugere o conteúdo bacteriano. Cocus gram positivos (especialmente estafilococcus) predominam nas urinas usualmente alcalinas enquanto que as fortemente alcalinas sugerem infecção pelo bacillus alcaligenes ou proteus (*). Bacilo coli existe quasi sempre em urina acida.

EISENDRATH enquadra a relação teorica da infecção urinária para com a calculose da seguinte fórmula:

- 1) a infecção do trato urinário causa uma ação tóxica direta sobre o aparelho secretor, especialmente sobre a secreção de acidos.
- 2) Aumento da formação e consequente escreeção de coloides perturba o equilibrio coloide-cristaloide.
- 3) Residuos inflamatórios formam um nucleo coloidal onde se depositarão cristaloides.

Não vamos citar aqui outros estudos demonstrativos da existência de germens no nucleo dos calculos. Em resumo, si a infecção se junta à calculose, dentro da mesma orientação geral, e desde que, com ou sem obstrução apreciavel, não esteja ameaçando imediatamente o rim, deve-se agir primeiramente no sentido profilatico de acôrdo com o caso clínico. Ou será eliminada primeiro a estase que possibilitará e facilitará o combate à infecção ou terá esta a primazia do ataque. Agora que o arsenal quimioterapico está enriquecido com dois poderosos agentes de marcada ação, tanto sobre os cocus como sobre os bacilos, e tere-mos citado as sulfamidas e seus derivados, sulfapiridina e sulfatiasóes e os mandelatos de potassio e de amônio principalmente o de calcio de melhor tolerância e mais as diétas ácidas e os acidificadores, esta tarefa está muito facilitada. Neste particular o urologista deverá estabelecer precisamente a indicação. Calculos ureterais existem que permancem anos, mesmo no terço inferior do ureter, sem causarem dano serio a porção superior e, portanto, ao rim. Outros, entretanto, mal migrados do rim, bloqueiam o ureter imediatamente e constituem os casos angustiosos em que

(*) Oppenheim e Pollak e Barney e Sulkowitch estudaram e acentuaram a inoportunidade da terapeutica acidificante na presença de infecção por germes decompositores de uréa: quando existem calculos, ocasionalmente cresceram ou mais calculos se formaram.

a intervenção deve ser pronta e rápida. Muita vez uma sonda ureteral de demora que ultrapassou o calculo possibilita boa drenagem e facilita lavagem de ureter, bacinete e calices com soluções antiséticas (oxicianeto de mercurio a 1 por 5.000; acriflavina e tripaflavina a 1 por 3.000 ou mesmo nitrato de prata a 1 por 2-3.000) e ao mesmo tempo a urina será acidificada ou alcalinizada conforme as circunstancias. Ao doente se prescreverá regime alimentar visando aumentar residuos ácidos ou alcalinos como adiante se verá e tomará antiséticos visando este ou aquele germe. Além das sulfamidas e derivados, o 914 em doses de 0,15 e 0,30 — em 3 ou 4 injeções também tem dado bom resultado nas infecções por estafilo ou estreptococus. Para as infecções bacilares é que as diétas acidificantes, cetogena e mesmo ingestão de 4 grms. de cloreto de amoneo por dia durante 10 a 11 dias bem como os mandelatos, principalmente o de calcio, são, mais indicados assim como urotropina administrada concomitantemente com acidificantes ou sob a forma de anfotropina, dentro da orientação geral e sempre procurando eliminar todas as demais causas predisponentes. O exame detido e cuidadoso, a experiência e o senso clínico-urológico, nortearão a maneira mais segura e mais indicada de agir em cada caso particular.

PERTURBAÇÕES DO METABOLISMO — Afecção essencialmente urológica, no sentido mais lato do termo, significando a clínica urológica, cabe, nesta questão do metabolismo, acentuar a importância do tratamento profilático médico contra as recorrências. Si o urologista não o quer dirigir, recorra ao clínico experimentado, que fará prescrições visando o estabelecimento das correções neste objetivo.

As concreções urinárias precipitadas, têm origem (orgânica, mineral ou química) nos elementos normal ou anormalmente presentes na urina, ditos litogenos. Devem ser examinadas química, bacterioscópica e espectroscopicamente. Os estudos modernos vão procurando esclarecer as causas variadas que determinam a precipitação destes ou daqueles elementos em alguns casos enquanto em outros essa precipitação é ausente. Não vamos nos alongar em estudo propriamente do calculo, se laminado, se cristalino e nem da sua composição e da origem do seu nucleo. Estamos apenas concatenando dados capazes de esclarecerem etiologia e, portanto, favorecerem a terapêutica. Os calculos mais comumente encontrados são: dentre os orgânicos, os de ácido urico e ácido oxálico (oxalato de calcio); e dentre os minerais, os de fosfatos e carbonatos, cuja precipitação tanto pôde provir da desintegração de substâncias proteicas (endogena); como do metabolismo alimentar (exogena). A origem exogena é a mais importante nos individuos normais enquanto que, em

certos estados patológicos, tanto agudos como crônicos, é na destruição celular que vamos encontrar a razão do desequilíbrio coloide-cristaloide das urinas. Antes, pois, de se incriminar perturbações diatesicas ou do metabolismo é necessario verificar si não se trata de eliminação exagerada de residuos, quer azotados, quer fosfaticos em virtude de alimentação excessiva. O tratamento visará regularisar a ingestão de alimentos ricos em nucleinas, si se tratar de desequilíbrio para o lado da eliminação, quer urica (dieta residual altamente alcalina e moderada ingestão de proteínas) quer oxalica (miolos, miudos, leguminosas e figado). Ácido oxalico e urico, quimicamente, são visinhos.

A eliminação excessiva destes sais não só coexiste muita vez, como se alterna. O ácido oxalico deve sua presença na urina mais a uma perturbação metabólica dos azotados do que a sua introdução em natureza. Os fassatos provêm de alimentos especialmente lecitinados e nucleinados e o restabelecimento de uma alimentação sobria não raro será bastante para corrigir este desequilíbrio (*). Entretanto, convem acentuar que a litíase fosfatica primitiva é rara e a formação de concreções dessa origem é antes devida a transformação da urina por infecção dos reservatórios. Neste caso a infecção deve ser combatida e verificado o metabolismo fosfatico.

Por outro lado a deficiência de ingestão de agua, redundando numa eliminação de urina concentrada, produz hipersaturação e favorece precipitação de substâncias litogenas. Além disso retardamento na passagem da corrente liquida em canais urinarios, por razões diversas — (obstrução e estase) permite a estagnação de residuos epiteliaes e de elementos cristalinios (a ação terapêutica altamente benéfica das curas de diurese, confirma este mecanismo).

E' corrigir o abuso do regime seco e restabelecer o equilibrio como medida profilática. Outras vezes, a agua é pesadamente carregada de carbonatos ou fosfatos de calcio e o seu uso deverá ser regrado, corrigido, ou evitado, embora a distribuição geográfica da calculose não confirme a ação das aguas pesadas ou leves na gênese da litíase, (na Suissa a agua tem alto teor de calcio, — (dura ou pesada) e a calculose é rara emquanto que na Holanda a calculose é estremamente comum e a agua é leve. Os grandes comedores de proteínas, bebedores de alcool e pouca agua, de vida sedentaria, e de grande tensão nervosa, transpirando livremente sem substituir liquidos perdidos por in-

(*) As experiencias de Keyser na produção dos calculos de oxalato alimentando animais com oxiamida e as de Mc Garrison juntando fosfatos terrosos a uma dieta pobre em vitamina e causando grande incidência de calculose, parecem provar que o organismo não é apto a metabolisar um excesso de materias minerais. Geo. R. Livermore "Etiology and Treatment of Renal Lithiasis", Journal of Urology — Março de 1939.

gestão de água, são certamente propensos à calculose por metabolisarem mal, quer proteínas, quer amino-ácidos, apresentando excessiva eliminação de ácido urico e uratos na urina e oligúria perturbadora do equilíbrio colóide-cristalóide.

O problema da mecânica bio-química tem sido largamente estudado desde a teoria do catarro-litogênico de Meckel e a primitiva teoria dos coloides, de Rainey, Ord, Lichtwitz e Klemperer à moderna concepção de Newcomb sobre os coloides protetores mas ainda não está completamente esclarecido. Admite-se que a urina, embora hipersaturada de cristalóides, consiga mante-los em solução pela presença e distribuição, no seu meio, de elementos coloides suficientes (coloides protetores — Newcomb). Todos os fatores que perturbam este equilíbrio coloide-cristaloide devem ser admitidos como agentes diréto na formação de concreções e calculos. LIVERMORE em seu estudo aludido, cita trabalhos de SPITZER e HILLKOWITZ cujas conclusões acerca do equilíbrio colóide-cristalóide levam a admitir que, tanto infecção, excesso de alimentos colóides ou cristalóides e presença de colóides anormais, (fibrina, fibrinogeno e mucina), variações na concentração do Ph urinário e alterações da tensão superficial, acarretariam aglomeração e litíase. E' fator a ser considerado, portanto, o da acidez da urina. Ácido urico e oxalico se precipitam nas urinas ácidas, enquanto os fosfatos, nas alcalinas. Não é bastante, no entanto, que os cristais se precipitem para que a calculose se forme, como já referimos estudando a estase, e este fator entra em causa para produzir conglomerados, pelos depósitos. Invocou-se um fator biológico, de ordem geral, para justificar a formação do nucleo e este deve existir de fato, além da estase, porquanto, muitas vezes, todas as condições presentes inclusive esta ultima e não existe calculose. Outras vezes não se encontra estase e existe um calculo-minimo, incrustado no alto de um dos pequenos calices. O fator nervoso (somático ou funcional) póde intervir e CABOT se refere a alta incidência da calculose urinária em consequencia a traumatismo da coluna vertebral e da medula.

EBSTEIN e CHABRIÈ demonstraram a existencia de reticulo albuminoide, provavelmente de origem epitelial, no centro dos calculos. Admitiu-se então que a eliminação excessiva de sais normais da urina ou de substâncias não encontradas normalmente acarretasse no rim e talvez no bacinete, lesões epiteliaes (por ação tóxica, quimica, traumática ou mecânica) e as células assim transformadas constituíssem nucleo em torno do qual se grupassem os elementos litogenos. RANDALL admite que a certas e determinadas condições orgânicas se devam atribuir avitaminose A, hiperparatioidismo e infecção que acarretariam desequilíbrios varios

e entre eles o coloide-cristalóide, bem como alterariam Ph urinário e dariam como síndrome a calculose, posterior às lesões papilares que estudou.

Os calculos orgânicos de cistina e xantina são raros. Os primeiros parecem os únicos influenciáveis pela herança, e oriundos de desordens do metabolismo geral. Não é raro encontrar cistinúria ou calculo de cistina nos antepassados. São mais comuns entre os judeus, segundo LOWSLEY.

HOWARD J. HAMMER e G. J. THOMPSON num estudo publicado sobre a litíase de cistina apresentam 16 novos casos da Clínica Mayo e afirmam que a história de calculose familiar não é tão frequente como se assegura porque só a conseguiram encontrar em 50% dos casos. Os calculos dão sombra radiográfica na sua quase totalidade. A recorrência, embora provável, não deve desencorajar no tratamento. Aconselham boa drenagem por nefrostomia mantendo o trato sob ação de solução alcalina em lavagens locais da pelve e administram bicarbonato de sódio "per os" para manter o Ph urinário em 8,5. Julgam que a eficiência do emprego da sulfamida e derivados ainda é problemática mas aconselhável em face da sua maior atuação em meio alcalino.

LEWIS demonstrou que menos de 2,5% de pacientes cistinúricos apresentam calculos. A maior parte apresenta a condição sem litíase e afirma que poucos casos de calculos de cistina existem sem coexistência de infecção urinária.

A cistina não é transformada mas excretada na urina e se esta é alcalina, a cistina é mantida em solução, mas se ácida, ela se precipita em cristais que podem aderir ou depositar em malhas coloidais e formar calculo. Nestes, uma dieta altamente vegetariana e a administração de alcalis "per os" não só previne mas também pode produzir desaparecimento espontâneo (Hinman).

Calculos de xantina são muito raros. Até 1937, segundo KRETSCHMER, apenas 16 casos constavam da literatura. A maior parte calculos vesicais e a incidência maior é nos homens e jovens. KRETSCHMER acha que a calculose singular, deste gênero, é mais frequente que a múltipla, contrário ao que se afirmava anteriormente. Dão sombra radiológica e só são esplicáveis por erro metabólico.

CLIMA, REGIME ALIMENTAR, MODO DE VIDA E RAÇA

— A influência de clima é conhecida na Ásia Menor e no Egito onde a maioria dos habitantes sofre de calculose. A temperatura elevada provoca sudorese abundante e oligúria acentuada. O regime alimentar, em outras partes do mundo, como na Índia, atua de maneira diferente mas aumentando a incidência. Nos pobres e mal alimentados a calculose é frequente na infância

e a pediatria o tem demonstrado provando a sua eficiência no diminuir, com prescrições dietéticas, a casuística infantil, nestes casos. Estudos ultimamente realizados na America do Norte sobre a frequência de calculose nos individuos de côr, em situação identica de clima, dos brancos, concluem pela influência de alimentação rica em acidos e vitamina A, como explicativa da frequência 4 vezes maior naqueles que nos brancos (*).

Aos conselhos praticos que os diversos fatores etiologicos e os exames das concreções foram sugerindo, outros se podem juntar no mesmo objetivo quanto a cura hidro-mineral. Neste particular, conhecedores da dedicação e do carinho com que o Prof. Aguiar Pupo tem estudado as aguas minerais brasileiras e certos da vantagem que podem os doentes colher das mesmas, quer nos estados de litiase dita médica, quer na cirurgica, como pré-operatória, desde que não sejam de urgencia e como post-operatória em todos os casos, para tratamento profilático, solicitamos a sua opinião sobre o assunto. As poucas linhas de sua autoria que vamos transcrever sintetizam claramente as indicações e contra-indicações do tratamento hidro-mineral e são ricas em ensinamentos colhidos pela esperiencia e observação clinicas daquele ilustre professor da nossa Universidade. Sumariam tambem a equivalencia das nossas com as mais conhecidas aguas francesas. Não queremos deixar de reiterar-lhe, aqui, os nossos agradecimentos pela honrosa deferencia concedida.

TRATAMENTO DAS LITIASES URINARIAS PELAS AGUAS MINERAIS NATURAIS

Litiase úrica — A litiase úrica é uma afecção local conseqüente a uma moléstia geral, a diatese úrica, habitualmente conhecida sob a denominação de artritismo. Assim, a cura hidro-mineral tem condições diversas de aplicação segundo se trata do estado geral pré-litiasico ou de afecções litiasicas urinárias.

Nos casos de calculose renal, as curas hidro-minerais devem ser empregadas antes e depois da intervenção cirúrgica.

Antes da intervenção cirúrgica, excepto os casos de urgência em que a cirurgia se impõe, a cura termal atua favoravelmente, curando a infecção urinária e reduzindo os riscos operatórios.

(*) Livermore (Memphis) — Journal of Urology — Março de 1939: No John Gaston Hospital em 5 anos (1932-1936) 40 casos de litiase renal, 22 em brancos e 18 em negros. As admissões eram: 69.677 e desses 17.420 brancos e 52.257 negros, o que dá uma relação de 1 calculo para cada 792 brancos admitidos, e 1 para cada 2.903 pretos. Vermooten afirma que o negro sul-africano não forma calculo e baseia-se em estatística de 1.091.000 doentes de côr, enquanto os brancos da mesma localidade, em 126.000 admissões apresentam calculos na proporção de 1 para 460 entradas. Sustenta que o negro vive em dieta residual acida muito elevada com alto teor de vitamina A.

A mesma medicação contribue ainda para mobilisar os calculos tornando-os de mais facil estirpação, ao mesmo tempo que melhora o funcionamento do parenquima renal, diminuindo os perigos da operação.

Após a operação, a cura hidro-mineral atua sobre as nefrites accessorias à litíase, favorece a cicatrisação das lesões do trato urinário e evita a formação de novas concreções, que levam aos atos cirurgicos repetidos, cada vez mais perigosos, melhorando o terreno litiasico.

Águas minerais alcalinas — As águas minerais bicarbonatadas sódicas atuam na diatese úrica, aumentando a potência destrutiva do fígado sobre o ácido úrico, favorecendo pela alcalinidade iônica, as ações das diateses hepaticas oxidantes e desaminohidrolisantes que degradam as nucleo protides; por este mecanismo fisiológico elas corrigem os desvios do metabolismo das purinas, observados nos estados bradytroficos do terreno artritico e ligados particularmente a uma insuficiência uricolitica do fígado.

Os estados pré-litiasicos da diatese oxalica são influenciados pelos mesmos processos fisiológicos da defeza hepatica, que, modificando o metabolismo dos glucides, previnem a oxalemia decorrente de combustão incompleta dos assuacares.

LICHTWIZ demonstrou após numerosas pesquisas fisico químicas, que a alcalinidade favorece o equilibrio dos coloides, que segundo HIS, mantem o ácido úrico em suspensão no plasma e na urina.

HENDERSON e SPIRO verificaram que a relação ácido úrico uratos se elevava rapidamente sob a influência de uma fraca diminuição do pH urinário, tendendo à precipitação calculosa a partir de um limiar que segundo VIOLLE corresponde ao pH 5,7.

Assim as águas bicarbonatadas sódicas modificam a diatese uricêmica, impedem a precipitação calculosa e favorecem a cura da litíase úrica pela dissociação e eliminação dos pequenos calculos urinários. Nos estados pré-litiasicos da diatese oxálica, as águas alcalinas exercem os mesmos efeitos preventivos na calculose, sendo todavia contra indicadas nos estados litiasicos, como veremos adiante no estudo das contraindicações das águas bicarbonatadas sódicas.

Entre as águas do tipo Vichy, contam-se as águas de media mineralisação em bicarbonato de sódio, representadas em nosso país pelas águas da Prata, (Fontes Antiga, Paiol e Platina), de S. Pedro (Fontes Almeida Sales e Gioconda), de S. Lourenço (Fonte Vichy), de Caxambú (Fonte Duque de Saxe) e de Irahý (Fonte do Mel).

As curas pelas águas minerais alcalinas, de média e forte mineralisação, estritamente indicadas nos casos da litíase úrica pura,

sendo contraindicadas nas formas associadas com litíase fosfática ou oxálica. Além desta contraindicação, a mesma cura deve ser evitada nas formas de litíase infetada ou complicadas de nefrite, com hematuria e edemas, que constituem a nefrite diatésica de Albarran.

Nestes casos, são indicadas as águas radio-ativas e oligo-mineralizadas, do tipo Evian (França) como as da Fonte Beija, do Araxá, as das Fontes Mayrink e Viotti, de Caxambú, (Est. de Minas), as de Lindoia, Serra Negra e Valinhos (Est. S. Paulo); tem as mesmas indicações as águas do tipo Vittel e Contrexville (França) ricas em cálcio como as de Caldas de Cipó e Moriçoca (Est. da Baía) e as Fontes Leopoldina e D. Pedro, de Caxambú (Est. de Minas).

As águas minerais alcalinas, elevando o pH urinário facilitam a precipitação do fosfato de sódio e do oxalato de cálcio, responsáveis pelas litíases fosfática e oxálica. Segundo VIOLLE, a partir do pH 6,6 ascensional, as condições tornam-se cada vez mais favoráveis a litíase fosfática, do mesmo modo que o pH 7 para litíase oxálica.

Na litíase oxálica, a precipitação não depende somente da alcalinidade urinária, sendo particularmente influenciada pela relação cálcio-magnésio; quanto maior for o teor de sais de magnésio na urina, menor será a relação cálcio-magnésio, diminuindo a tendência à litíase oxálica. Para estes casos deverá ser preferida a água da Fonte Vichy, de S. Lourenço, que é a mais rica água magnesiana do país, com 30 centigramas de bicarbonato de magnésio por litro, sendo de fraca alcalinidade.

Em síntese pode-se concluir que a litíase úrica é uma litíase de precipitação ácida, devendo ser tratada pelas águas minerais alcalinas, ao passo que as litíases oxálica e fosfática são litíases de precipitação alcalina, nas quais devem ser contraindicadas as curas pelas águas bicarbonatadas sódicas de média e forte mineralização.

Nos casos de litíases fosfáticas e oxálicas, simples ou associados, como vimos acima são indicadas as águas oligo-mineralizadas e radio-ativas, limitando-se o uso das águas alcalinas ao tratamento da litíase úrica pura.

Nas litíases urinárias infetadas e nas formas complicadas de hematuria e edema, as curas pelas águas minerais alcalinas são contraindicadas, preenchendo-se a indicação da cura hidro-mineral com as águas oligo-mineralizadas e radio-ativas, denominadas águas de lavagem e eliminação.

Nos casos de calculose renal irredutível ou acompanhados de infecção secundária das vias urinárias, as curas hidro-minerais devem ser indicadas depois de passados os períodos críticos, após os tratamentos médico-dietético, às medicações anti-infecciosas e urológicas por via ascendente, quando as águas minerais podem

atuar sem riscos, mobilizando e diminuindo as proporções dos cálculos e tornando-os assim de mais fácil extirpação, ao mesmo tempo que melhoram o funcionamento do parenquima renal, diminuindo os riscos da operação.

Passada a convalescença das extirpações cirúrgicas dos cálculos urinários e após um estágio nas estâncias de águas radioativas e calcicas, que favorecem a cicatrização das lesões do tracto urinário, a cura fortemente alcalina pelas águas bicarbonatadas sódicas é indicada como tratamento de fundo da diatese úrica e como preventiva da formação de novas concreções, que levam aos atos cirúrgicos sempre mais perigosos na reincidência das operações.

E' digna de relevo a administração de águas em quantidades estritamente reguladas, sendo notavel o papel da absorção fracionada e da posição clinostatica nos efeitos das águas minerais, por sua repercussão no metabolismo da água, evitando-se a hipertensão portal.

Modos de dosagem e administração das águas minerais — Para as curas hidro-minerais de 21 dias, recomendam-se as doses fracionadas e progressivamente aumentadas, dentro do limite de 200 a 1.200 gramas para as águas fracamente mineralizadas (oligometalicas ou simplesmente radio-ativas), de 400 a 800 gramas para as mineralizadas, tomadas durante o dia, em ingestão pré-prandial (uma hora antes do café da manhã, do almoço e do jantar) e à noite ao deitar, perfazendo quatro doses de 50 a 300 gramas no primeiro caso e de 50 a 200 gramas no segundo caso.

Regimes alimentares — Para êxito dos tratamentos medicamentoso e cirúrgico é indispensavel a observância de regimes dieteticos adequados.

Regime dos artríticos — Os distúrbios do metabolismo das purinas que constituem o fundamento da diatese úrica, corrigem-se pela alimentação pobre em purina, condenando-se os alimentos que tem por base os tecidos jovens de natureza vegetal ou animal, muito ricos em nucleo-protides, como sejam vitela, frango, cordeiro e cabrito, legumes verdes (vagens, feijão verde, xuxú, brocolos e palmitos); certos órgãos muito ricos em nucleo protides são condenados como miolos, rins, fígado, do mesmo modo que as ovas de peixe, os camarões, mexilhões e lagostas. As carnes gelatinosas e particularmente o mocotó e a perna de porco são condenados.

O chocolate, o chá, o café e o mate, muito ricos em bases xanticas, são condenados pela sua grande riqueza em purinas.

Regime da gravela oxalica — Alem das alimentações oxaligenas que são as muito ricas em assucares, são condenados os alimentos oxalíferos representados pelo cacau, espinafre, chicórea e

vagens, aconselhando-se os regimes pobres em açúcares e os alimentos acidificados ricos em vinagre, limão e frutos ácidos.

Regime dos hepáticos — Estando as litíases urinárias subordinadas a estados de insuficiência hepática e sendo frequente a associação da litíase biliar e litíase úrica, será conveniente seguir-se paralelamente aos respectivos regimes acima mencionados, o regime dos hepáticos, proibindo-lhes os seguintes alimentos: gemas de ovo, ovas de peixe (muito ricas em lecitina) e as gorduras animais, evitando-se a banha de porco, manteiga, creme Chantilly, queijos fortes, (curados e muito ricos em manteiga), desnatando o leite e evitando as sopas preparadas com caldo de carne gorda e medula óssea, todos estes alimentos ricos em gordura animal.

Entre os alimentos de certa toxicidade para as vias digestivas e o fígado, devem ser evitadas as carnes de conserva (salchichas, presunto, linguiça, salame, mortadelas, patê de foie gras, sardinha, bacalhau, peixe e carnes defumadas (paio e arenques) e os crustáceos (camarões, mexilhões e lagostas).

O álcool só por excessão e moderadamente”.

O tempo de cura hidro-mineral, será de tres semanas, segundo as normas classicas. Será indispensavel a observância de um regime dietetico adequado, evitando-se o uso inoportuno das mesmas águas durante as refeições ou fora dos momentos pré-prandiais acima aconselhados.

O congresso da litíase urinária realizado em Vittel, na França, em maio de 1931 cuja sessão cirúrgica foi presidida por LE GUEU, a médica por LABBÉ e a hidrológica por VILLARET, tendo reunido as maiores notoriedades francesas em uro e hidrologia, estabeleceu as indicações da cura pelas águas minerais. MONSSEAU conclue a importante memoria que então apresentou disendo que a ação da água é notavel sobre as mucosas realizando verdadeira descamação, esfoliação rapida das celulas superficiais mais ou menos anormais e mortificadas, renova o epitêlio e é dos principais fatores da liberação do calculo que possibilitará sua expulsão e previnirá novas formações: é o papel preventivo essencial e primordial da cura. A ação da agua modifica, além disso, a infecção bem como a nutrição geral nas suas relações com a litogenese.

HIPER-PARATIROIDISMO — Como causá de litíase está, modernamente, bem estudado. A escola americana, onde as estatísticas em curto lapso de tempo se elevam a cifras astronomicas, para nós, apresentar resultados quasi definitivos. Devem ser citados os trabalhos de COLLIP, COPE, ALBRIGHT, AUB, BAUER, BARNEY, CHURCHILL e MINTZ. A medicação baseada em frenadores da hiper-secreção das paratiroides deu resultados falhos bem como aquela fundamentada em preparados endocrinos, di-

tas especiais e mesmo raios X no pescoço. A única terapêutica provavelmente eficaz é a extirpação cirúrgica do tecido paratiroide em hiper-funcionamento. Neste particular queremos fazer referência ao trabalho de RICHARD CHUTE, da Stone Clinic, do "Massachussets General Hospital de Boston" publicado no numero de maio de 1939, do "Journal of Urology". O trabalho se refere ao periodo 1930-1937 inclusive. Nesse periodo de oito anos, num total de 62.000 hospitalizados conseguiu observar apenas 36 casos de hiper-paratiroidismo, uma incidencia de um caso para 1.500. A 3 % apenas, segundo aquele autor, se reduzem os casos de hiper-paratiroidismo como causa de calculose urinaria. A idade media observada é de 43 anos; o paciente mais velho tinha 62 e o mais jovem 12. Hoje segundo LOWSLEY, eleva-se a 10 % a percentagem de incidencia da litíase pela qual pode ser responsabilizado o hiper-paratiroidismo.

Ao lado de sintomas gerais, enfraquecimento, fadigabilidade, constipação, (hipercalcemia) polidipsia, poliuria (aumento da excreção de cálcio e fosfato na urina), os sintomas urinarios predominam em mais de 50% dos 36 casos. Sintomas de calculose ou, nos casos de comprometimento bilateral generalizado, podem se apresentar sinais de insuficiência renal e uremia. A tendencia da calculose desta origem é para o trato superior e frequentemente é bilateral. Os outros derivam da descalfificação do esqueleto e podem ter a forma de pé chato, fraqueza das pernas, dores osseas e articulares, simulando artrites e neurites. Muitas vezes as fraturas ocorrem ao menor traumatismo. Si os casos progredem o maior perigo reside nas lesões renais. Dos 36 casos observados 83% apresentavam calculos urinarios, ou sejam 30 casos. Desde que estes calculos são secundários ao acrescimo de cálcio e fosforo excretado na urina e aumento do calcio e diminuição do fosforo sanguíneo o diagnóstico se faz pela dosagem dos mesmos no sangue e na urina bem como dosagem das proteínas (Hinman). Nem sempre as primeiras dosagens assinalam alterações quantitativas desses elementos mas devem ser repetidas e, nalguns casos, só se eleva o calcio sendo que casos verificados com a elevação concomitante do fosforo eram aqueles apresentando sinais evidentes de lesões ósseas. Dois tipos de alterações patológicas das paratiroides foram encontrados: adenoma unico, de uma unica glândula, ou, raramente, de mais de uma e uma hipertrofia e hiperplasia uniforme de todas as glândulas. 27 dos casos eram do primeiro tipo, 2 casos com 2 adenomas e 6 casos de hiperplasia das 4. E' impossivel prever, antes da operação, com qual dos tipos se vae defrontar o operador.

Durante a intervenção, que é delicada e cuja técnica é referida no trabalho citado, é indispensavel estabelecer-se qual dos tipos se apresenta por isso que, si for adenoma unico, deve ser res-

secado in totum, enquanto que, no caso de hiperplasia generalizada, 3 devem ser ressecados totalmente e o quarto sofrerá ressecção sub-total. Nesse tempo da ressecção sub-total, uma grande acuidade no julgamento do quanto se ressecará é indispensável, porquanto, nem se pode ressecar demais, porque advirão fenômenos de hipotiroidismo e tetania e nem de menos, porquanto perdurarão os sintomas opostos. No segundo caso o doente deverá ser reoperado e no primeiro a administração de cálcio faz desaparecer efetivamente a tetania. A melhora do estado geral e da sintomatologia, após a operação bem sucedida é muita vez notável. Doentes ganham em peso e em energia, desaparecendo as dores ósseas e articulares. Os cálculos existentes, entretanto, não se modificam.

LOWSLEY, na sua "Clinical Urology", fazendo considerações sobre o assunto se refere às importantes contribuições trazidas pelo trabalho de FLOCKS e seus colaboradores da Universidade de Iowa. "Estudaram secreção urinária de cálcio e fósforo, em condições determinadas, em 35 pacientes com calcinose renal; em 23 encontraram secreção alta de cálcio enquanto que em 3, com cálcio urinário baixo, havia história sugerindo provável secreção alta de cálcio na época de formação do cálculo. Só 2 doentes apresentavam evidências de hiperparatiroidismo. FLOCKS considera que 2 grupos de fatores são fundamentais na litogênese:

- 1) aqueles que alteram a natureza da substância renal para favorecer precipitação de cristaloídes no seu interior.
- 2) fatores que favorecem a precipitação de cristaloídes nos condutos urinários.

Em qualquer paciente tanto um ou outro, como ambos os grupos de fatores podem agir ao mesmo tempo ou em diferentes épocas.

Estase, infecção, deficiência de vitamina A, hiperparatiroidismo podem desempenhar papel na gênese do cálculo induzindo precipitação de cristaloídes na substância renal.

LOWSLEY transcreve do trabalho não publicado de FLOCKS: "os 2 fatores fundamentais determinando a precipitação ou a solução de cálcio e fósforo nos condutos urinários são o pH urinário e a concentração urinária de cálcio e fósforo. Certos fatores acessórios podem ser de importância, como: colóides da urina, a tensão superficial da urina, a presença de estase e a presença de corpos que possam agir como núcleos para a precipitação de cristaloídes. A importância da concentração do íon H e a facilidade com a qual esta concentração pode variar para o lado alcalino devido a germes decompositores de uréia, juntamente com a notável frequência com a qual estes germes ocorrem nos doentes com

calculose renal tem sido demonstrada por muitos autores. Experimentalmente a importância do aumento da concentração de cristaloídes na urina foi acentuada por KEYSER. A alta incidência da calculose em hiperparatiroidismo onde ocorre escreeção elevada de calcio e fosforo foi acentuada por ALBRIGHT e BARNEY. A alta incidência de calculose em pacientes com alterações e distúrbios ósseos, onde presumivelmente existe alteração no metabolismo do calcio foi assinalada por HOLMES e COPLAN, JONES e ROBERTS e outros. STEINER demonstrou que a descamação epitelial que ocorre na deficiência de vitamina A pode agir como nucleo para a precipitação de coloides. Existe multiplicidade de fatores que podem estar presentes em cada doente individualmente. Existem, portanto, 2 grupos de fatores na patogênese da litíase renal:

- 1) aqueles associados com precipitação de cristaloídes na substância renal.
- 2) Aqueles associados com precipitação de cristaloídes nos condutos urinários.

Elevada escreeção de calcio e de fosforo pôde ser de importância em ambos os grupos de fatores”.

Com estes estudos vae se esclarecendo mais e mais o assunto e, no momento atual de nosso conhecimento científico sobre a litíase, neste particular, embora represente apenas 10% da calculose urinaria, fica o urologista obrigado a pensar nele e faser as dosagens de calcio e fosforo em todos os casos. A prova de Sulkowitch poderá facilitar o diagnóstico. Não havendo dano real indicativo de extirpação urgente do calculo, a ressecção dos adenomas se impõe como primeira operação (*). Em São Paulo conhecemos um caso de extirpação de adenoma das paratiroídes que nos foi gentilmente comunicado pelo Prof. ALÍPIO CORREIA NETO, dentro desta indicação.

AVITAMINOSE — Hipo ou avitaminose A como fator etiológico da litíase tem sido muito discutido. Não só as observações de incidência calculosa elevada em zonas de alimentação deficiente em vitaminas, mas experiencias em ratos, reproduzidas em todo o mundo inclusive aqui em São Paulo (**), chegando alguns até a conseguir dissolução de calculos pré-formados na dieta avitaminosa, após administração sistemática de vitamina A, trazem o

(*) Sulkowitch Ideou o seguinte processo para determinação da quantidade de calcio excretada: a urina a examinar deve ser colhida quando a quantidade de liquido ingerido seja normal e o paciente, nas precedentes 12 a 24 horas, não tenha ingerido leite ou acidificantes como cloreto de amonio e outros, porque estes, fisiologicamente aumentam a escreeção de calcio.

A urina deve ser ácida ou então, acidificada com ácido acetido. Partes iguais de agua e urina são misturadas num tubo de ensaio com a solução de Sulkowitch que é transparente como agua; normalmente aparece uma turvação levemente perola mas se houver excesso de calcio, haverá turvação quasi leitosa (Richard Chute).

(**) Prof. Franklin de Moura Campos, da Cadeira de Fisiologia, da Faculdade de Medicina, da Universidade de São Paulo.

assunto, ainda em discussão. A relativa imunidade dos indivíduos de cõr, vivendo em dieta rica em ácidos e vitaminas também contribuiu para que se incluisse esse fator como responsável por grande percentagem de litíase urinária. A clínica, no entanto, não tem confirmado, até agora, estes estudos. Na sua comunicação do ano de 1938 dos "Collected papers of the Mayo Clinic and the Mayo Foundation", CABOT assim se expressa: "A parte desempenhada pela falta de suficiente vitamina A e pela dieta é ainda difícil de determinar. Deficiência de vitamina A é talvez um fator importante na produção de calculo em certas províncias da Índia e China. A sua relação com a formação de calculo neste paiz ainda está para ser claramente demonstrada".

SCHNEIDER, da Clínica Cirúrgica de Freiburg, estudou metabolismo da vitamina A em 600 doentes de litíase e não verificou existência naqueles casos, de correlação com hipo ou avitaminose e, quando observou esta perturbação, não havia suspeita de litíase. O que de positivo existe, segundo experimentação de varios autores em ratos, é que a calculose se apresenta sómente quando preexistem lesões inflamatórias consequentes a prolongada dieta avitaminosa: inflamação, edema com exsudação e keratinização e esfoliação em todo o trato urinário, não raro supuração renal e abscessos com pielonefrite (*). Nesta fase coexistem alterações graves do organismo tanto que se encontram processos semelhantes nas mucosas do trato gastro-intestinal, respiratório e mesmo no aparelho ocular. Neste caso, como atribuir a formação da litíase apenas à avitaminose e não considerar a inflamação? A verificar-se, como pretendem principalmente autores das escolas americana e italiana, o papel notavel da hipo ou avitaminose A na formação da litíase e si se passasse sem mais comentarios, da experimentação e observação em ratos para o homem, então deveríamos admitir que a calculose se apresentaria em estados tão avançados de avitaminose que teriam acarretado as inflamações a que referimos para depois ocorrer formação de calculos.

Mc CARRISON, em 1931, afirma que, ao epitélio descamado e keratinizado dos condutos urinarios nas dietas deficientes em vitamina A se deve imputar a origem de nucleos para calculos, nestes casos. Verificou que os calculos são de fosfato de magnesio e de calcio. HIGGINS, em serie de experiencias, determinou que os ratos mantidos em dieta deficiente em vitamina A formam calculo vesical em 88% dos casos e renal em 42%.

Seria numa percentagem minima, influenciada por alimentação absolutamente pobre em vitamina porquanto no regime

(*) Osborne e Mendel encontraram litíase apenas em 91 ratos, de 857 observados. Suzuki observou 80. Destes perdeu 33 dentro de 40 dias sem litíase e dos 47 sobreviventes apenas em 7 se desenvolveram concreções. Fujimaki verificou que ratos mantidos em dieta deficiente em vitamina A desenvolvem calculos fosfáticos nos rins e na bexiga.

alimentar humano a vitamina A é encontrada: no leite, manteiga, ovos e fígado, bem como na maioria dos vegetais existe a provitamina da vitamina A. A quantidade de Vitamina A pôde ser determinada e conhece-se a sua variabilidade em diferentes idades (*). SCHNEIDER e WIDMANN, citados num interessante estudo de JAKI, da Hungria e publicado no Zeitschrift für Urologie, de novembro de 1938, organizaram, baseados nessa determinação, uma curva da quantidade de vitamina normal em todas as idades.

Quanto mais avançada a idade menor a capacidade do fígado de retirar do caroteno e da provitamina A a vitamina. Deveria portanto haver maior formação de calcúloze, proveniente dessa variação, nos velhos. Não é isso o que a clínica verifica. O citado autor combate a formação de calcúlos originados numa alteração da proporção existente entre vitaminas A e D. O problema ainda não está esclarecido.

Da mesma forma no que se refere as vitaminas B e C cujas deficiências favorecem infecção, estudos experimentais recentes atribuem a deficiência das mesmas o papel de fator na litíase. São estudos ainda imperfeitamente realizados e que necessitam comprovação clínica.

De todo o debate tira-se útil conselho terapêutico para os casos de hipo ou avitaminose demonstradas. A vitamina A exerce papel anti-infeccioso e de proteção aos epitélios. A sua administração modifica a urina no sentido da acidez. Pôde e deve, pois, ser aconselhada a sua prescrição nos casos indicados e dentro da orientação geral esposta até aqui.

COMENTARIOS

Por todo o exposto resalta a verdade da afirmação contida nas linhas com as quais iniciamos este estudo: as causas da litíase urinária são desconhecidas ainda hoje. PELOUZE tem razão quando, referindo-se ao assunto, acentua "a matéria está em tal situação de transitoriedade que se justifica omissão no discutir etiologia". O que principalmente queremos assinalar, em primeiro lugar, como comentário nosso neste particular e de acordo com RANDALL, é que a litíase deve ser antes considerada um síndrome do que uma entidade nosológica individualizada.

(*) Processos biológicos, espectroscópicos e biofotométricos. Este último é baseado no conhecimento que se tem de que a acomodação visual, na passagem da luz para a obscuridade, depende da quantidade de vitamina A no organismo. Tanto maior tempo para esta acomodação quanto menor a quantidade orgânica de vitamina A. E' processo ainda discutido e dependente de fatores educacionais: pessoas que apreciam ou não encarar luz brilhante já apresentam causa de erro. Os autores afirmam que a falta de acomodação a obscuridade é o primeiro sintoma de deficiente vitamina A orgânica.

RANDALL afirma que infecção, deficiência de vitamina A e hiperparatiroidismo acarretam no organismo condições que podem redundar no aparecimento do síndrome "calculose urinária".

FLOCKS, entretanto, citado por LOWSLEY e em livro ainda não publicado, admite 2 grupos de fatores responsáveis pela litogênese:

- 1) fatores que alteram a natureza da substância renal para favorecerem precipitação de cristaloides no seu interior.
- 2) fatores que favorecem a precipitação de cristaloides nos condutos urinários.

O primeiro grupo de fatores, sugerido por FLOCKS, por certo se refere, entre outros, a papilite calcificante de RANDALL, com ou sem infecção prévia e faz parte do grupo de causas de ordem geral.

O segundo grupo de FLOCKS tem como principais fatores "o pH urinário e a concentração do pH e do Ca porque são os mais diretamente responsáveis pela precipitação do Ca e do Ph nos condutos urinários". Neste mesmo grupo FLOCKS considera fatores acessórios "os coloides e tensão superficial da urina bem como estase e presença de corpos que possam agir como núcleos para a precipitação de cristaloides". Este segundo grupo de FLOCKS é aquele que presuppõe fatores de ordem local.

A nós se nos afigura que o problema da litíase urinária se prende àquele complexo e, em muito desconhecido, da fisiologia do rim. A litíase, nesta concepção, nada mais seria que um síndrome, presente não só na ocorrência de lesões do rim, como naquela de lesões orgânicas outras, quer as dos órgãos reguladores da secreção renal, quer as dos órgãos indiferentes diretamente mas que viessem alterá-la por qualquer forma de interferência no meio interno e existindo ou não fator local que perturbe a secreção.

Órgão depurador por excelência, o mais importante da economia orgânica, o rim pôde apresentar lesões em seu parênquima capazes de produzirem litíase mas pôde, também, estar íntegro e o meio interno alterado neste ou naquele sentido levando substâncias mal metabolizadas, em excesso ou deficiência ou impróprias para a secreção.

Da primeira hipótese a representação mais segura e corrente, porque cientificamente demonstrada hoje em dia, é justamente aquela já citada da "papilite calcificante" de RANDALL confirmada pelos estudos recentes de E. C. ROSENOW JOR. admitida ou não a infecção prévia como entende este último autor — e responsabilizadas por esta, quando existente, tanto a infecção focal a distância como no próprio trato, quanto as infecções gerais e sistêmicas.

Neste grupo é que ALBARRAN teria se baseado para crear a sua teoria da "nefrite litiasica" tão cedo abandonada por não corresponder à generalidade dos fatos realmente verificados na multiplicidade etiológica da calculose urinária.

FLOCKS e seus colaboradores, quando admitem, num grupo, fatores que alteram a natureza da substância renal para favorecerem precipitação de cristaloides no seu interior abrangem apenas uma parte dos fatores de ordem geral porque nem sempre a causa primeira é a lesão do parênquima renal. Devem estar incluídos como fatores de ordem geral não só aqueles que "alteram a natureza da substância renal" mas todos os que favorecem de qualquer fôrma a litogenese, tanto as lesões orgânicas extra-renais como as perturbações funcionais de toda ordem que possibilitam ou provocam a mesma precipitação.

Tanto as lesões parenquimatosas renais como as orgânicas extra-renais e mesmo as perturbações funcionais (alimentação excessiva ou deficiente, metabolização incompleta, clima, hábitos, modo de vida e raça) pôdem agir acarretando estados ou condições nos quais quer o equilíbrio colóide-cristalóide fosse rompido, quer o Ph urinário sofresse alterações, quer a balança agua-sal estivesse perturbada ou, ainda, acarretando formação de nucleos.

Desta forma considerado o grupo de fatores de ordem geral e de conformidade com a maioria dos urologistas, podemos dizer que, na reunião dos fatores que integram o 2.º grupo de FLOCKS existe interpretação não muito exata do fenomeno porquanto consideram os "efeitos" ou consequências como "fatores" ou "causas": — Ph urinário, concentração do Ca e do Ph, coloides e tensão superficial, variam na urina em quadros nosológicos diversos como os proprios autores citam e estudam e são, portanto, efeitos desses estados nos quais devemos vêr as causas ou fatores da alteração ou variação.

Fatores de ordem propriamente local incluídos no segundo grupo de FLOCKS seriam, assim, apenas, dentre aqueles que qualifica de accessorios neste seu grupo: "a estase e a presença de corpos que possam agir como nucleos para a precipitação de cristaloides". Estase e nucleos, no trato de escreção, dificultam ou impossibilitam a mesma, produzindo estagnação e facilitando deposição, aglomeração e solidificação em diferentes graus. Aqui, entretanto, é a estase que domina o quadro, oriunda de obstrução mecânica ou neurogenica. Os "corpos podendo agir como nucleos" são importantes, sem duvida e implicam tanto em infecção como na deposição que o desequilíbrio colóide-cristalóide e o Ph urinário possibilitam, mesmo na ausencia desta. A estase, pois, cabe papel preponderante e talvez unico como fator de ordem local, agindo na escreção do trato urinário.

Desta forma e resumindo, a concepção que se nos apresenta como capaz de levar a bom termo o estudo e interpretação da litíase urinária na sua multiforme variedade de se apresentar e no sentido mais amplo possível de conformidade com todos os quadros que a clínica diariamente nos traz é justamente aquela que, considerando-a um síndrome, responsabilisaria o rim como órgão central, já que a calculose é urinária. Quando disemos rim estamos subentendendo, portanto, a função renal de secreção e de excreção.

Assim, as alterações na secreção urinária, quer provenientes de lesões anatómicas do órgão (Randall, infecção), quer de distúrbios funcionais do mesmo no que concerne secreção e tanto produzidos por fatores que influem diretamente e teremos citados aqueles que, extra-renais, agem como reguladores (quantidade de água ingerida e eliminada por outras vias, dieta proteica, atividade muscular e sono, fatores neurogênicos e psíquicos e provavelmente secreção pituitária e supra-renal) como mesmo outros que, embora sem ação direta reguladora da secreção, possam de qualquer forma alterá-la completariam o 1.º grupo.

O rim lesado se desincumbirá, com menor eficiência, do seu papel depurador, tanto no preservar o bioquimismo normal do sangue e dos humores, como no conservar a balança osmótica e no manter reação apropriada à vida no meio interno (filtração glomerular — osmose, difusão) e reabsorção, secreção e síntese tubular); pôde, entretanto, conservar-se hígido anatomicamente e não desempenhar o seu papel funcional integralmente nas lesões orgânicas assestadas em qualquer departamento da economia individual. E' o correlacionismo orgânico unitário: o órgão sofrendo influências e influenciando por sua vez na economia individual.

E quanto a secreção, se a ciência médica vae melhor interpretando os problemas atinentes às escórias, as demais substâncias secretadas, com limiar e outras, merecem maiores estudos. Para dar um só exemplo, basta citar a questão do metabolismo do Ca e do Ph que modernamente se focalisa com tanta copia de trabalhos e trasendo no cenário científico as glândulas paratiroides na regulação de suas eliminações. Neste mesmo particular assinalam-se as mobilizações do calcio na inatividade do decúbito dorsal prolongado e se estabelece que, ou é a osteoporose, ou a pura e simples mobilização daquele elemento em maior grau que acarretaria a calculose. E, mais ainda, sabe-se que na maior parte das lesões de hiperparatiroidismo os calculos formados são justamente de fosfato e pôde-se tirar lógico conclusão da imperiosidade, nestes casos, da concomitância de existência deste fator de ordem geral e de outro local, estase, para que haja incidência de calculose porquanto são bem conhecidas as pseudo-

fosfaturias que muitos doentes apresentam e que outra origem não têm senão na hipercalcinúria presente nas deficientes eliminações de cálcio pelas fêses.

Duas ordens de fatores gerais podem, portanto, atuar produzindo calcinose:

- 1) aqueles que acarretam alterações anatômicas no rim quer se localisem nos glomerulos, nos tubos, na substância intersticial, nos vasos, na inervação.
- 2) fatores extra-renais agindo quer diretamente sobre os reguladores da função renal, quer interferindo indiretamente por modificações outras da economia e portanto do meio interno.

Nestas duas ordens de fatores a causa é sempre de ordem geral e assim constituem e integram o 1.º grupo de fatores gerais, atuando inicialmente na secreção da urina.

Que neste ou naquele casos individuais, esta ou aquela ordem de fatores gerais possa agir como suficiente para produção da litíase dependerá da natureza e extensão da lesão e da concomitância ou não de existência de alteração anatômica do próprio rim ou vice-versa e nestas correlações é mister faser entrar em causa os fatores que podem constituir o grupo local.

Na ordem dos fatores locais parece que a estase, oriunda de obstrução mecânica ou adinâmica de qualquer categoria, é que deve ser responsabilizada porque a infecção e também a avitaminose atuarão descamando epitélio, keratinizando e dando origem a nucleos bacterianos como os de albumina, de mucina, e outros que, seriam eliminados pelas vias de excreção, si o processo não irritasse os condutos acarretando angustiamiento e os obstruisse ou si a obstrução não existisse de início. A estase portanto se devem imputar as interferências de fatores locais na litogênese, isto é, de fatores que atuam perturbando a excreção da urina.

Claro está que se deve admitir sempre a hipótese, por todos considerada, do fator de ordem local provocar alterações ao nível do órgão renal e com isto queremos citar a repercussão presente na vigência de pressão retrograda. E o fator local poderá ou não ser suficiente para produzir calcinose nas diversas formas pelas quais as reações ao nível do rim e dos órgãos extra-renais se venham a processar em virtude da repercussão referida.

E é certo que a calcinose se manifestará diferentemente nas condições individuais biotipológicas sujeitas já, ao clima, ao meio de vida, alimentação e atividade orgânica, quer presentes só fatores de ordem geral, quer presentes fatores exclusivamente locais, quer ambos cocomitantes ou alternadamente. E as avitaminoses são exemplos de dualidade de ação: alteram o metabolismo orgânico, produzem doença de carência, urinas menos ácidas e

perturbam a secreção, como fatores de ordem geral, ou, então, quando acarretam descamação dos epitélios e os keratinisam e formam nucleos e estreitamentos na luz dos condutos produzindo obstrução e facilitando infecção, vêm agir como fatores de ordem local, na escreção. Se um organismo metabolisa mau ou deficientemente o ácido oxálico os seus rins poderão ou não corrigirem a falha e conseguirem secretar e escretar os sais sem acarretarem litíase. Se porém, ao nível do parênquima a secreção se processar bem mas houver obstrução à escreção, as concreções poderão se depositar nos condutos e mesmo no proprio órgão em face de repercussão acentuada como, ainda, a secreção não seria compensada, em outra hipótese e a litíase se desenvolveria na substância renal mesmo na ausência de fator local. E' a multiforme variedade das hipóteses que bem demonstra estarmos considerando síndrome dos mais importantes ao nível do trato urinário. E a enorme variedade de causas que a clínica depara, descobre e estuda e a literatura enumera, assinala a imprudência de se admitir e discutir um unico fator de ordem geral como responsável em todos os casos quer ele se denomine avitaminose ou se chame hiperparatiroidismo. O síndrome não comporta exclusivismos que neste, como em todo o terreno da medicina, são perniciosos e não servem aos altos e nobres designios do profissional preocupado na obra humanitária de aliviar e curar os doentes.

E, neste particular, devemos render homenagem aos mestres das escolas classicas que já nos falavam nas diateses uricêmica, oxálica, fofática e que hoje, para não sermos sedícios, estudamos debaixo da nomenclatura moderna de metabolismo perturbando neste ou naquele sentidos e às quais estamos juntando, entre outros, o estudo notavel sobre os distúrbios do metabolismo do calcio.

De muito se esclarecerá, se o não for por completo, o problema da litíase urinária quando se tiver solucionada e resolvida a questão complexa da fisiologia do rim. E' a função renal que ainda está mal conhecida, quer no seu problema de conjunto, quer no de detalhe, no papel de órgão espurgador por excelência e portanto regulador, na unidade orgânica, do meio interno adequado a vida, auxiliado neste papel, pelos pulmões, intestinos e pele e sob as influências de toda a economia individual que vive, sofre e reage como um todo único e maravilhoso.

PARTE ESPECIAL

Subdividiremos a materia de acôrdo com o processo terapêutico indicado nas diferentes modalidades em que a litíase ureteral se apresenta. Na parte geral consideramos o problema den-

tro não só da patologia de sistema como também da unidade orgânica que toda ela sofre as repercussões da afecção. Agora vamos encarar o calculo em si e a forma pela qual mais convenientemente poderemos auxiliar o organismo a expeli-lo. Os casos ditos de complicação ou urgentes, de bloqueio agudo, serão considerados em nota a parte.

A divisão dos calculos em médicos, que migram completamente e cirurgicos, que são detidos no seu percurso, deve ser lembrada como interesse clinico embora toda a calculose seja sempre clinico-urológica, principalmente no sentido profilático. Si são areias ou cristais ou calculos minimos, pequenos, de superficie lisa (fosfatos e uratos) ou acidentados, rugosos (ácido urico e oxalato — recobertos de fibrina ou muco que lhes mascaram as asperesas) passam com muita facilidade e os médicos nem são ouvidos sobre eles. As vezes se apresentam como verdadeira lama ou lodo fosfático (*). Quando entretanto, doentes nestes casos, solicitam intervenção médica, o tratamento deve ser aquele orientado na parte geral e, aqui, queremos acentuar a necessidade de exame da permeabilidade de todo o trato para que possa o médico prevenir e remediar as possiveis e incipientes obstruções ou estases evitando que, de futuro, as concreções sejam detidas e calculos apareçam, cresçam e possam constituir problemas como enunciamos,

Outras vezes os pequenos calculos páram na sua descida, em diferentes alturas; é fazer um exame funcional e radiológico completo do rim (urografia de eliminação, uretero e pneumoureterografia, exploração com cateter de ponta de cêra nos calculos transparentes), e sendo boas as condições do trato para cima e para baixo, sem ou insignificante comprometimento renal e possibilidades do calculo completar sua migração sem instrumentação, estarão indicados os tratamentos ditos de espetativa. Nestes casos é que a cura hidro-mineral tem sua grande indicação clinica e preventiva e não são poucos os casos de doentes que voltam dela referindo eliminação de areias, cristais e mesmo calculos. Seria não raro, até como nos casos das concreções fosfaticas, uma ação de desaglutinação sobre a litíase além da ação benéfica sobre o terreno como indica o Prof. PUPO. Na impossibilidade do tratamento hidro-mineral, a ingestão forçada de liquidos, de-

(*) Marion, no 37.º Congresso francês de Urologia, de 1937, fez uma comunicação interessante e referente a conglomerados de verdadeira lama de concreimentos dando sombra radiográfica e localizadas quer no bacinete, quer no ureter e desaparecendo pelo tratamento. A dissolução nunca foi provada, diz aquele mestre francês, mas sim a evacuação dessas aglutinações mais ou menos importantes. Cita caso de moça com calculo do rim. Apresentava duas radiografias; numa delas havia um pequeno calculo do volume de semente de azeitona, no bacinete, enquanto na outra havia um calculo coraliforme na sombra do qual se divisava nitidamente a imagem do calculo constatado na primeira radiografia. Entre um e outro exames radiológicos havia decorrido apenas o espaço de 6 meses. O calculo coraliforme é que se tinha eliminado em estação de aguas. Refere casos semelhantes no urete: e aconselha cateterismo ureteral nesses casos, além da cura de aguas e mesmo lavagem do bacinete, quando possível.

sinfetantes urinários, dissolventes de acôrdo com a necessidade e as indicações das concreções em precipitação (ácidos, alcalinos, modificadores do Ph urinário) e medicação orientada para o lado das perturbações metabólicas ou da correção alimentar já delineadas, são indicados.

M.O., 44 anos, brasileiro, branco, lavrador. Calculose dupla: ao nível do bacinete e do ureter pelvico direitos.

O calculo do ureter pelvico situava-se, 20 dias atraz, na altura do crusamento iliaco e produzia colicas renais distensivas e hematuria. Distensão vesical, dilatação do ureter abaixo e instilação de oleo gomenolado

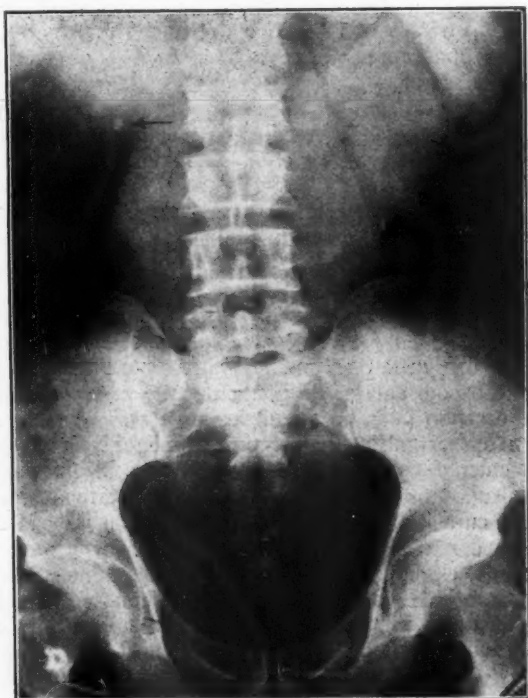


Fig. 1

o fiseram descer à posição atual. Desaparecimento das colicas e da hematuria e a urografia mostra que a obstrução alta não é muito acentuada e a escreeção se faz em condições mais satisfatórias do que na primitiva localização do calculo ureteral. Indigo carmim anteriormente, desse lado, só se eliminou aos 18' e na situação atual a eliminação já se faz em 6 minutos, azul intenso. Do lado oposto o corante aparece em 2 ½ minutos e azul intenso. E' caso de acompanhar de perto a progressão do

cálculo ureteral e da escreção e retirá-lo quando no ureter intra-mural, se necessário. O calculo do bacinete deverá ser retirado por pielotomia em sessão ulterior.

Estado geral do doente é ótimo. Nestes casos, sempre, antes de repetir instrumentação, verificamos, por meatoscopia e prova do indigocarmim o estado da função renal, que dará a indicação. Quando necessário recorremos à pielografia ou a urografia.

Não parece muito eficiente a ação dos estimulantes do peristaltismo ureteral ou da medicação antiespasmódica. MARION



Fig. 2

aconselha o uso da beladona em doses de 2 a 10 centigramas em 24 horas para combater o espasmo.

Si o calculo permanecer, no entanto, imovel, no ureter, embora sem sintomas, o doente deve ser atentamente observado porque um bloqueio maior pôde sobrevir e si não for medicado a tempo e hora, acarretará destruição renal. O crescimento dos calculos, facilitado pela estase consequente pôde se faser silen-

ciosamente como no caso das radiografias e urografias de números 3, 4, 5, 6 e 7. Esta não é, em absoluto a finalidade da espectação.

L.D.M., branca, brasileira, 28 anos, casada. Ha 12 meses o calculo ureteral, produzindo colicas intensas e intermitentes, situado no ureter pelvico, apresentava o volume da radiografia 3 com a dilatação uretero,



Fig. 3

pelvica-calicial que a urografia 4 deixa perceber. Doente recusa operação. Função normal do lado oposto. Estado geral bom. Ha 8 meses o calculo já apresentava maior volume como demonstra a radiografia 5. E' a condição da obstrução parcial à escreção, com boa função secretora que possibilita aos calculos ureterais atingirem proporções enormes como se verifica pelas radiografias 6 e 7 tiradas ha 60 dias. Nessa ocasião a prova do Indigo Carmim demonstrava um retardo de eliminação bem acentuado que não se deve imputar à secreção mas sim a escreção. A urina estagnada acima do calculo deve ser eliminada em 1.º lugar para depois passar o corante. A urografia demonstra o acerto da hipótese, 38)

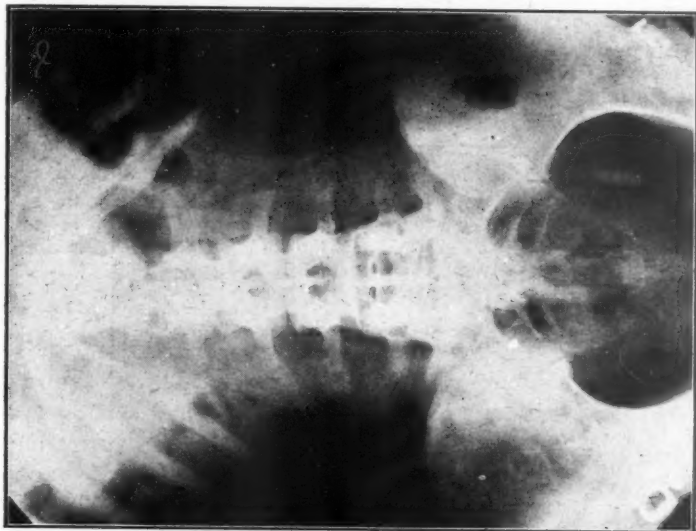


Fig. 5



Fig. 4

porquanto, o contraste aparece nos calices 5 minutos depois de injetado o uroseletan. O indigo carmim apareceu aos 19 minutos em azul claro. Cateteres ureterais não conseguem vencer o obstáculo. A dilatação das vias superiores é patente entre as chapas 4 e 7 e o rim está fadado a destruição se a doente não se resolver operar.



Fig. 6

As chapas (8 e 9) se referem a moça de 22 anos de idade. Colica nefritica violenta, hematuria. 2 dias após a primeira colica foi feita a urografia. Em face da distensão existente tentamos ultrapassar o calculo ureteral com cateter, o que não conseguimos. Fisemos distensão abaixo do mesmo com oleo gomenolado e no dia seguinte a doente nos trasia o calculo ao consultorio.

TRATAMENTO INSTRUMENTAL (Propriamente urológico) — A instrumentação endoscópica tem provado a sua valiosa aplicação: 75 a 85% de todos os casos, em mãos de urologistas experimentados, são retirados endoscopicamente, limi-
42)

tando de modo notavel as indicações propriamente operatórias (*).

Os processos são diversos e devem ser tentados sempre que não existam contra-indicações. PIERRE MACQUET, na sua monografia "Les calculs de l'uretère", não é dos mais otimistas e re-



Fig. 7

fere insucessos seus e de MARION. As indicações são hoje muito precisas.

De um modo geral: calculo de um centimetro na porção superior do ureter ou de dois na porção inferior devem ser operados si não se mobilisarem eu duas ou tres tentativas endoscópicas; THOMPSON indica ou contra-indica manobras endoscopi-

(*) Herman — "The Practique of Urology" vae mais longe e limita a 10 % apenas os casos operatórios incluindo casos de não cooperação de doentes e aqueles que se acompanham de complicações devidas a instrumentação. Cita estatísticas de Walter operando apenas 11 % dos casos e Crowell 8 %. Edwin P. Alyea, do Duke Hospital, Durham, analisa uma serie de 327 calculos ureterais com 72 % de remo-



Fig. 8

cas de estirpação não pelo volume do calculo mas sim pelo diâmetro do ureter. Estabelece até que, para as manobras intraureterais, quer com sondas quer com extratores, o ureter deve ter espaço suficiente e as desaconselha si préviamente não se consegue passar ao longo do calculo duas sondas ureterais 5. Este critério deve ser observado no objetivo de afastar complicações de instrumentação em ureteres facilmente bloqueáveis. A não aquisição dos doentes e a intolerância dos mesmos para com a instrumentação são, por certo, contra-indicações. A maior parte dos calculos ureterais (tres quartos, segundo Bumpus e Schoil e 75% Macquet) atingem o terço inferior do ureter e, segundo

ção endoscópica. Himann diz que apenas 5 % dos calculos ureterais importarão em cirurgia si o diagnostico for feito cedo e as manipulações ureterais precisas e proprias. Bugbee "de 347 casos só operou 21. Não menos de 25 % passam sem instrumentação. Não existem regras pré-estabelecidas para tratamento de calculos ureterais mas deve-se frisar que delonga muito grande no resolver instrumentá-los é a causa frequente de sua falha e uma longa postposição da operação póde significar perda do rim"



Fig. 9

HINMAN, situam-se quasi todos de 1 a 4 centímetros acima do orifício ureteral. Os processos de manipulação podem ser subdivididos em passivos e ativos e enumeraremos os mais conhecidos e empregados, citando os aparelhos e apenas nos demoraremos naqueles que julgamos mais seguros e indicados nas diversas localizações da calculose ureteral.

METODOS PASSIVOS

- 1) Distensão vesical provocando contrações ureterais (Garcéau e Pasteau).
- 2) Cateterismo ureteral passando uma ou mais sondas ao lado do calculo.
 - a) os cateteres podem ser deixados de demora (48 a 72 horas);

- b) pôde-se injetar lubrificantes pelos mesmos, acima dos calculos. Alguns injetam anti-espasmodicos (Nitze já injetava eucaina a 2 %).

3) Cateterismo ureteral e injeção de lubrificantes abaixo do calculo, passagem de sondas dilatadoras e mesmo instrumentos de dilatação para alargar o ureter abaixo do calculo.

- a) velas dilatadoras ureterais de Garceau;
- b) balão dilatador de Dourmashkin;
- c) Sonda dilatadora de Genouville e balão de Jahr (modificação de Papin ao aparelho de Genouville);
- d) dilatação eletrolítica por sondas ureterais dilatadoras de Burger com eixo metalico e bolas dilatadoras de numero 6 a 16, removiveis.

4) Dilatadores ureterais paralelos de Bransford Lewis (aplicação de força divulsiva no ponto mesmo da constrição).

5) Sonda ureteral com laminaria, de Chevassu.

A simples passagem de sonda ureteral é o melhor meio de combater a colica nefritica por calculo engasgado. A melhora é impressionante. EISENDRATH cita um caso em que, logo depois da passagem do cateter, se seguiu saída de 5 c.c. de urina sangui-nolenta, sob intensa pressão, demonstrando como a ureterectasia e pielectasia causam dôr distensiva. Prefere cateter opaco aos raios X porque têm um revestimento mais resistente a ação da urina e podem ficar de demora de 48 a 72 horas.

METODOS ATIVOS

1) Passagem de sondas ureterais 2 ou 3 ou 4 que, enroladas umas contra as outras, lentamente, injetando ou não lubrificantes e antiespasmódicos são puxadas durante a torção, apreendem o calculo e a seguir são tracionadas.

Existe até, engenhosa adaptação de tração continua applicavel às sondas entrelaçadas, ideada por Edwin P. Alyea. Alguns fazem anestesia raquidiana durante a extração para relachar o ureter.

2) Cateter ureteral de alça fixa apresentado por Ludwig Zeis no Zeitschrift für Urologie de maio 1939. Este autor ideou cateter cuja ponta tracionada por um ou dois fios de seda, presos no seu interior, se curva acima do calculo fazendo laços de diversos tamanhos e podendo, sob controle radiológico apreendê-

lo. Outro fio de seda, preso no mesmo cateter, auxilia tracioná-lo em posição. Já aplicou o processo em 127 casos de calculos ureterais, vários com exito completo e sem accidentes.

3) Retirada dos calculos com vários tipos de estratores que os apreendem e os trazem para a bexiga. Neste grupo se incluem os instrumentos de Bransford Lewis, aparelho de Voelker, pinça de H. Meyer (sonda ureteral contendo fio de aço que termina em pinça); aparelhos operadores de Papin, aparelho de Council (haste metalica apresentando fuso de azas metalicas que se abrem dentro do ureter e apreendem o calculo nas suas malhas); instrumento de Welland-Howard, pinça de Delvaux (Bruxelas) vae ao lado do cistoscopia (só para mulheres); e aparelho de Cecil. A applicação desses metodos é indicada pela situação dos calculos e condições do ureter.

CALCULOS NO MEATO URETERAL E PORÇÃO INTRA - MURAL

Não existe duvida entre os urologistas quanto a estes: devem ser retirados endoscopicamente. O meato pôde estar apenas distendido mas não poucas vezes, ha edema proveniente de perturbação circulatória e que atua como elemento de fixação do calculo. Na necessidade de meatotomia por estreitamento no orificio ou angustiamto, ou por calculo muito volumoso, os autores se dividem. Alguns ainda aconselham alargar a meato por simples incisão com a tesoura ou o bisturi endoscopicos, outros, por eletro-coagulação ou fulguração. Numerosos meatotomos foram ideados desde GAUTHIER. Nessa emergência a fulguração diatermica de Beer parece mais segura e não sujeita a hemorragias que MATHÉ observou, com certa gravidade. Quanto a escara da fulguração, é não fazê-la muito intensa e, si aconselhavel, deixar sonda ureteral de demora por 1 a 2 dias.

As objeções levantadas por VOELKER quanto aos perigos da infecção ascendente após meatotomia não parecem justificáveis. BRAASCH e DRAPER demonstraram (esperimentando em cães) que não só a valvula uretero vesical mantem cerrado o ureter: a tonicidade do mesmo é suficiente. A meatotomia praticada sob forma de debridamento e não como coagulação em massa é perfeitamente segura. Nem sempre o calculo cae na bexiga sob os olhos do urologista mas poderá ser puxado por pinça cistoscopica ou mesmo deixado cair espontaneamente o que se verificará algumas horas depois. Posteriormente será eliminado numa das micções ou, si necessário, litotriciado.

Quando a localização fôr propriamente intramural poder-se-á, verificado o angustiamiento do meato ureteral, com ou sem edema peri-ureteral, praticar, da mesma forma, meatotomia, si o calculo for grande e estiver nas proximidades do meato, ou seguir o conselho de PAPIN que é o mais seguro: praticar 2 ou 3 pontos de fulguração na parede vesical e do ureter paralelos ao eixo do mesmo. E existirem bolhas de edema serão ao mesmo tempo abertas.

CALCULOS SITUADOS ALEM DA PAREDE VESICAL

Em caso emergente, dentro de indicações absolutas, devem limitar às tentativas de instrumentação o estado funcional dos rins e as condições das vias de escreção. Convem sempre começar pela distensão vesical que póde, com felicidade, culminar no objetivo visado. Cada nova tentativa de instrumentação subordina-se a exame prévio da função renal. A meatoscopia já fornece dados que a próva do indigo carmin reforça e, se houver duvida, convem repetir exame uro ou pielografico para estudo da secreção. Começamos por sonda de demora, instilando pela mesma, lubrificante e antiespasmódico. (A sonda poderá ficar de demora, desde que nada o contra indique, de 24 a 48 horas). Nestes casos o doente deve ser sempre hospitalizado. A seguir será retirada. Não havendo mobilisação e sendo bôa a tolerância, recomearíamos introduzindo 2 ou 3 sondas lubrificadas que seriam lentamente torcidas, de preferência orientadas radiologicamente.

Si a tração não for bem sucedida, havendo bastante espaço, como se verificou pela passagem de mais de 2 sondas, poder-se-ia tentar dilatação abaixo do calculo com as olivas graduadas ou com os aparelhos de Papin, Bransford ou outro semelhante e, si ainda o calculo não se mobilisasse, sob o controle de raio X, tentariamos estrai-lo com os estratores dos autores acima referidos desde que não haja infecção e pequena ou nenhuma pressão retrograda para os rins. Póde-se seguir o conselho de WADDELL administrando avertina em solução de 2% injetada enquanto quente, pelo cateter, e deixada na pelve durante 15 minutos antes das manobras ou mesmo em clister ou injeção intravenosa, para combater o espasmo.

K.H., japonês, 34 anos, casado. Calculo do ureter pelvico esquerdo e historia de colica ha 18 meses. Procurou o Ambulatorio de Urologia do Professor Luciano Gualberto. A urografia demonstra a dilatação das vias superiores. Indigo carmin, retardado, só se eliminou aos 12 minutos desse lado. Por 6 vês foram passadas sondas acima do calculo e injetou-se oleo gomenolado acima e abaixo: 5 dias após a ultima instru-



Fig. 11

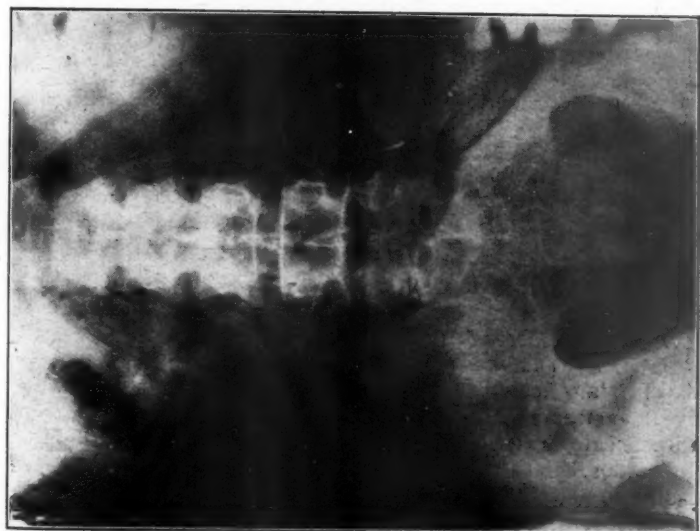


Fig. 10

mentação endoscópica o doente eliminou a concreção. Antes de cada nova instrumentação a função renal foi sempre, previamente verificada por indigo carmin e mesmo urografia, numa das véses. (Do Ambulatório de Clínica Urológica, Serviço do Prof. Luciano Gualberto).

Os autores americanos (JORMAN e SCOTT) referem 25 casos nos quais tiveram ótimo resultado, dentre 27 que manipularam desta forma. Estas são as únicas manobras ativas que nos parecem indicadas, observados o estado funcional dos rins e os cuidados técnicos de docilidade na manipulação, em mente a frase de GUYON "o urologista deve passar anestésico nas mãos".

P.V., branco, italiano, 36 anos, casado. Calculo no ureter pelvico esquerdo e historia de dores lombares surdas mas muito incomodativas. As peluculas 12 e 13 demonstram o caso e a ultima (pielografia) acentua a pouca dilatacao superior do ureter, bacinete e calices de acordo com a historia de dores surdas sem colica distensiva. O calculo nao foi ultrapassado, entretanto, apos 5 manobras endoscopicas com dilatacoes ureterais e instilacao de oleo gomenolado abaixo do mesmo, foi eliminado. A funcao de secrecao e de escrecao foram sempre relativamente boas e verificadas antes de cada nova instrumentacao. Neste caso foram feitas varias injecoes de angioxil mas, em face das manobras endoscopicas concomitantes, nao foi possivel observar satisfatoriamente o seu papel. (Na fig. 12 a reducao foi feita ao inverso). (Caso do Ambulatório de Urologia da Faculdade de Medicina, Serviço do Prof. Luciano Gualberto).

Si nestas tentativas nao se conseguir retirar o calculo, entao a intervencao cirurgica e indicada. As vias de acesso variam conforme a localizacao do mesmo. O urologista deve nao só intervir nestes casos de tentativas frustradas como naqueles em que o volume do calculo e as contra-indicacoes dadas pela grande distensao e ameaças ao rim (bloqueio agudo) tornam imperiosa a cirurgia.

Antes de entrarmos propriamente no problema terapeutico destas complicacoes seria mister lembrar a gravidade do estado do doente em anuria calculosa ou com pielonefrite aguda ou apenas obstrucao aguda presente, quer imediatamente apos uma colica nefritica, quer no decurso de um caso de bloqueio propriamente cronico podendo ceder ao tratamento e desaparecer, como, tambem, recorrer em qualquer tempo. A possibilidade destes acidentes situa-se tanto na luz ureteral como na infeccao sobreveniente e, ainda, na obstrucao progressiva por encravamento do calculo, inflamacao da mucosa e deposicao de cristais produzindo verdadeiro tampao. O calculo ureteral que, nos casos nao obstrutivos, apresenta serie de ranhuras ou goteiras pode obstruir repentinamente, in totum, a luz do ureter e desta forma produzir qualquer dos acidentes. Nao cabe referir aqui as lesoes encontradas no ureter tanto ao nivel do calculo como acima ou abaixo. Si o calculo e movel e si a sua superficie e lisa e nao ericada de asperesas sao minimas as lesoes que provoca a nao ser que um

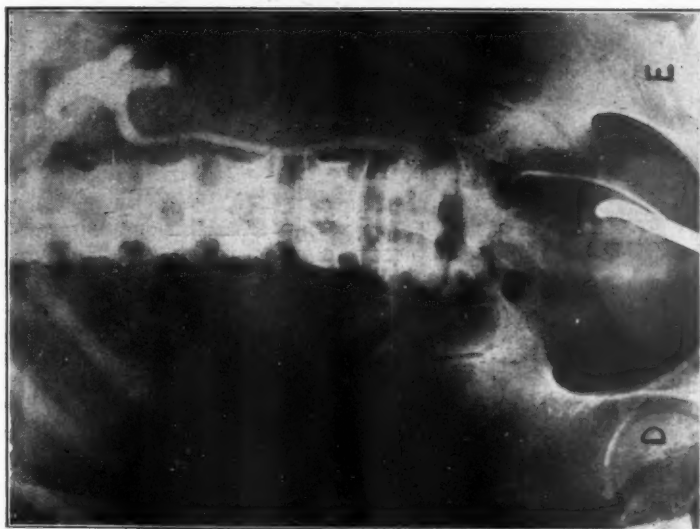


Fig. 13

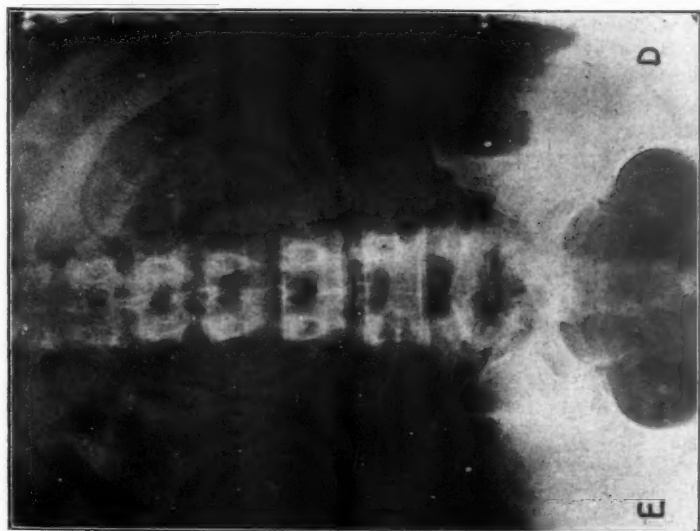


Fig. 12

processo de ureterite ou periureterite anteriores ou do decurso se instalasse lesando a mucosa, hiperemiando-a e produzindo edema reacionário inflamatório. Estas lesões devem, entretanto, ser bem estudadas. Com obstrução incompleta o ureter faz um constante esforço para espelir o calculo e aliviar a retensão, enquanto que nos calculos encravados a parede muscular se hipertrofia, se espessa, espessamento inflamatório que não tem delimitação precisa (Jeanbrau refere caso com ureter tão espesso quanto 8 milímetros). Noutros casos de obstrução sem infecção a parede ureteral é adelgada e distendida de tal forma que os cotovelos aderem uns aos outros. O calculo pode produzir ulceração e estreitamento. Nos casos muito antigos são mesmo recobertos de periureterite fibrolipomatosa, com fortes aderências, não raro, ao peritonio.

Acesso ao ureter pelvico — A via transperitoneal está praticamente abandonada. Via retal de Ceci, a sacra (Cabot-Fanger), e para-sacra (Delbet-Glantenay, a vaginal (Delbet, Garceau, Emmet) e hipogastrica e outras, também o estão.

A via extra-peritoneal ou retro-peritoneal é a via anatômica, por excelência, de acesso ao ureter em todas as suas porções.

No tocante ao ureter pelvico esta via tem sido aconselhada com numerosas variantes (Israel, Gibson e outros).

Umas prolongam a via classica lombar de acesso ao rim e ao ureter superior, partindo da espinha iliaca anterior e superior, paralela a arcada crural, um centimetro e meio a dois, acima da mesma, para virem terminar na borda externa do musculo réto anterior, curvando-a mais ou menos, e afastando ou incisando este ultimo musculo, para dar maior luz, principalmente nos obesos.

Outros, na chamada via inguinal (Twynam, Reynier) abrem diretamente o canal inguinal e acompanham o deferente até seu cruzamento com o ureter.

Outros (Von der Beck, Yudd, Papin e Berne Lagarde) fazem o acesso pelo hipogastro como para uma cistostomia, deslocam e levantam a bexiga (Voelker) extra-peritonealmente até depararem com o ureter na sua porção justa vesical. Nos pacientes gordos esta porção do ureter está situada profundamente e o desenvolvimento da operação é bastante delicado. Talvez encontre sua indicação em calcULOse ureteral pelvica bilateral. PIERRE MACQUET recomenda calorosamente a via chamada trans-vesical ou trans-latero-vesical de Marion para os casos de calculos justa-vesicais. MARION aconselha abrir largamente a bexiga, descolá-la da parede lateral da bacia o que facilitará manobras com o calculo que poderá ser empurrado para a bexiga até se insinuar na empola.

Nesse tempo o orificio ureteral, elevado por pinças, é debriado a bisturi. Não se sutura mas deixa-se sonda ureteral de demora emergindo no meato ureteral, pelo espaço de alguns dias. Não apreendemos bem a razão da abertura da bexiga. Si for pela infecção talvez a drenagem a montante do calculo (Lichtenberg) por sonda ureteral na pele, de 24 a 48 horas e quimioterapia intensa tenham melhor indicação ou a tecnica da pielostomia e drenagem de Rubritius ou as correntemente seguidas nos casos de complicações quando se vae agir dentro desta ultima indicação.

Que o acesso é, às vezes, difficil, facilmente se deduz do grande numero de processos alvitrados.

Parece-nos entretanto que, quer a inguinal, quer a chamada iliaca anterior (Israel) são as melhores e mais seguras já que a difficuldade das demais não deve ser levada em linha de conta uma vez que o urologista deve ser um técnico.

Si o calculo for movel é faze-lo ascender no ureter e retirá-lo pouco acima com os cuidados de evitar contaminação do campo. A sutura só seria aconselhavel nos casos de parede ureteral muito espessada e na qual o fio não atingisse a mucosa. Mesmo neste caso deveria ser praticada no sentido transversal. Sonda ureteral para o bacinete, como aconselha LICHTENBERG, póde e deve ser deixada por 24 a 48 horas nos casos indicados, com infecção. Drenagem extra-ureteral, nesta porção, é perigosa pela presença de vasos iliacos. Não são poucos os casos de ruptura dos mesmos e hemorragia fulminante, em consequência de erosão das paredes. Só si houver contaminação violenta, mas o dreno deverá ficar afastado e preso a péle. E' desnecessário referir que o ureter ou será incisado sobre o calculo ou acima do mesmo, conforme o estado de espessamento ou adelgaçamento da parede. A exploração da permeabilidade ureteral deve ser feita sistematicamente para tratamento dos casos indicados. Observados estes cuidados as fistulas raramente occorrem.

Calculos da porção lombo iliaca — A incisão classica de lombotomia é sufficiente e dará luz ampla. E não deixar o calculo deslizar para o bacinete a não ser que haja indicação para tal e, quer a inclinação do doente na meza, quer a suspensão da porção justa pellica o evitarão. Os cuidados são os mesmos. A drenagem, si for aconselhavel, não tem os mesmos riscos.

C.M., branco, italiano, 52 anos. Foi operado, 3 mēses antes, de calculo coraliforme do rim esquerdo. Procurou o Ambulatório de Urologia do Professor Luciano Gualberto com história de colica nefritica do mesmo lado. As chapas 14, 15 e 16 esclarecem o caso: 2 calculos volumosos do ureter esquerdo, que se apresenta muito dilatado tanto que os calculos se aproximam e afastam livremente. Tratava-se de individuo escoliótico e com história de obstrução baixa por adenoma da prostata



Fig. 14

e mesmo angustiamiento da proção intramural do ureter esquerdo. A indicação era de ureterolitotomia por via lombar, que foi praticada, deixando-se sonda ureteral de demora para o bacinete (doente infectado) após se ter verificado a boa permeabilidade do ureter para a bexiga. Sequência operatória sem incidentes, cicatrização perfeita, boa função a seguir.

DAS COMPLICAÇÕES

Anúria — Dentre as intervenções de emergência é a cirurgia da anúria calculosa uma daquelas que se praticam nas piores condições e não é preciso lembrar que mais importante é drenar rapidamente o rim do que retirar o calculo do ureter.

Cada caso comporta suas indicações e, aqui ainda, podemos modificar um caso de bloqueio agudo para um caso menos serio de bloqueio crônico, si conseguirmos debelar a anúria por uma das terapêuticas: medica ou urológica. As tentativas não de-

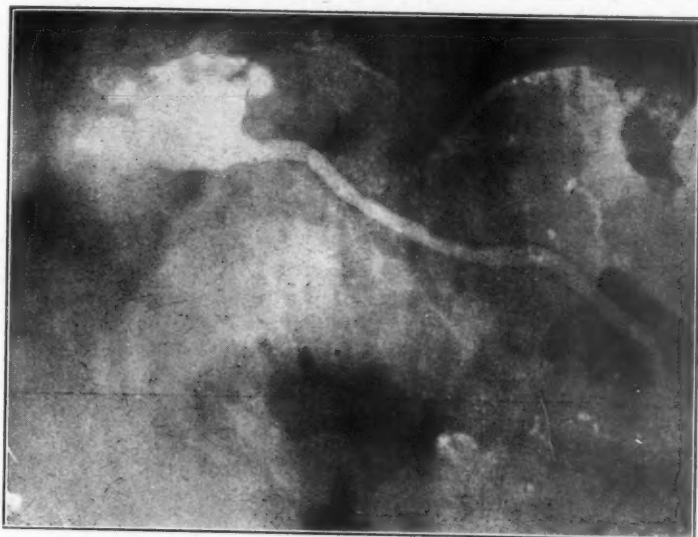


Fig. 16

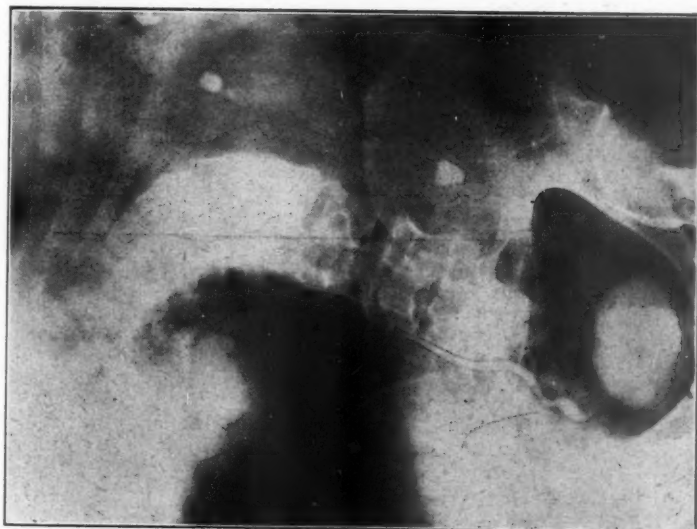


Fig. 15

vem se prolongar e, embora muito rapidas, só serão postas em pratica si a azotemia for muito baixa. Soro glicosado hipertônico na veia, ventosas escarificadas na região lombar, beladona, papaverina e sucedaneos antiespasmódicos, às vezes dão resultado repondo o rim em função. O cateterismo ureteral pôde ter, nestes casos uma das suas indicações heroicas vencendo o bloqueio e restabelecendo a secreção renal. Nestes casos o cateter pôde ficar de demora varios dias (algumas semanas, diz Eisendrath) e os processos descritos de instrumentação, vencida a anuria, melhoradas as condições gerais e locais, poderão ser ensaiados sem, entretanto, insistir muito, desde que a taxa de uréa não baixe sensivelmente e que a urina não adquira progressivamente uma concentração util. O cateterismo é indicado mesmo e principalmente, segundo PAPIN, nos casos de anuria em rim solitario. Os clássicos aconselham cateterisar primeiro o ureter do ultimo rim obstruido. Muito poucas vezes se chega a esta determinação de lado (ultima cólica nefritica e maior defeza da parede como indicativas, segundo Legueu).

Não ha contra-indicação ao cateterismo ureteral, quando é factivel, bilateralmente. Quando não se consegue levantar o obstaculo e só se obtem resultado paliativo, a operação, imperativa e de urgência, é a nefrostomia. Alguns praticam pielostomia. Si o calculo estiver alto na região lombar e a sua retirada puder ser feita com grande facilidade não ha contra-indicação de agir nesse sentido, caso contrario, será removido posteriormente. Mesmo nos casos de obstrução ausente do rim oposto a indicação cirúrgica não deve ser retardada. São conhecidos os casos de anuria reflexa e BUMPUS e THOMPSON encontraram rim inibido por anuria reflexa em 22 de 27 casos que operaram com este quadro clinico. WATSON chega a sugerir incisão imediata do rim do outro lado si o rim operado não parecer suficiente para suportar a função. O mesmo diz LEGUEU. Estas eventualidades, entretanto, vão desaparecendo com a observação meticulosa dos doentes assistida pela urografia de eliminação, rico e valioso método de orientação urológica moderna.

Pielonefrite aguda, pionefroses com accidentes agudos — Nestes casos a quimioterapia, os antiséticos urinários, a dextrose, devem ser largamente usados, coadjuvados, quando possivel, por cateterismo ureteral. Os resultados podem ser promissores. Si, entretanto, a despeito do tratamento, as melhoras não se acentuam, conhecido o valor do rim do outro lado, impõe-se a indicação operatória.

Nefrostomia, si o valor do rim ainda é apreciavel ou mesmo muito pequeno, considerado o grande poder de reabilitação renal desde que cesse a obstrução e consequentemente a infecção. Os estudos modernos cada vez mais incentivam a cirur-

gia conservadora destes casbs. Como na anuria, o calculo só será extirpado si se apresentar em localização que pouco prolongue a intervenção.

Nefrectomia, si o rim estiver completamente destruido, retirando-se o calculo e mesmo porção do ureter, si isso fôr rapido e não complicar a operação, no objetivo de evitar que aquele, abandonado, não venha posteriormente causar novos sofrimentos dolorosos ou supurativos.

Nos casos de calculo encravado no ureter lombar, de facil acesso, poder-se-á praticar ureterolitotomia e drenar o ureter com cateter na péle ((Lichtemberg).

Não se deve, em hipótese alguma, entretanto, no decurso de pielonefrite aguda, tentar ureterolitotomia em calculos situados nas porções iliaca ou pelvica.

Como regra, o mais indicado nestes casos é expor o rim, porquanto, se poderá verificar a presença de abcessos miliares e outras alterações da superficie que implicarão em nefrectomia.

Calculo ureteral associado a calculo renal do mesmo lado ou do rim oposto — E' indispensavel o perfeito conhecimento do valor funcional do rim calculoso. Sômente os rins inteiramente destruidos, sem probabilidade alguma de reabilitação, infectados e com ureteres muito dilatados e calculo ureteral do mesmo lado, é que serão nefrectomizados. Si o calculo for facil de ser removido no mesmo tempo operatório, como nos casos anteriormente estudados, a operação poderá completar-se desta forma. Si o rim calculoso apresentar qualquer probabilidade funcional, trata-se primeiramente o calculo ureteral (dentro das indicações) para depois, oportunamente, praticar-se intervenção para tratamento do calculo renal.

Casos ha, entretanto, em que o calculo se localisa alto no ureter e pôde ser facilmente levado ao bacinete. Nesses casos, é claro, com uma só incisão, ambos são retirados.

Calculo renal do rim oposto — O risco é maior para o lado do calculo ureteral, logicamente deve ser o primeiro a se retirar dentro das indicações.

São os casos das radiografias 17 e 18, de concomitância, num mesmo doente, de calculo ureteral esquerdo e calculo da junção pelvica direita. O calculo da junção ureteral, embora acarrete grande dilatação, dá passagem a urina ao passo que o do ureter pelvico, a esquerda, está acarretando maior bloqueio que deve ser tratado em primeiro lugar. Foi o que se fez com as manobras endoscópicas que mobilisaram o calculo até o meato ureteral e cuja eliminação teria sido completada com a fulguração do edema e estirpação endoscópica não fosse a falta de cooperação do doente. Entretanto, a escreção teve acentuada melhora

como assinalam as provas de indigo carmin e mesmo a sintomatologia que desapareceu e o estado geral do doente que quasi normalisou tanto que prefere atender a seus negócios, no momento e voltar mais tarde si o calculo não for eliminado espontaneamente.

Eliminado ou retirado o calculo ureteral, resta, por pielotomia, estirpar o calculo da junção piélica, examinar as concreções e prescrever tratamento contra recidivas. Neste doente fosforo e calcio são normais no sangue e na urina cujo Ph é de 6,8 e não apresenta infecção.

N.K., brasileiro, branco, 29 anos, casado. Queixa de colica nefritica esquerda, violenta, com hematúria. Ha 8 meses tivera cólica do lado direito e foi operado de apendicite. As cólicas melhoraram mas agora aparecem do outro lado. As películas 17 e 18 esclarecem o caso. A apendicetomia foi praticada por calculo na junção uretero pelvica direita. Havendo má eliminação do lado esquerdo foi dilatado o ureter abaixo do calculo e a situação melhorou. Indigo carmin, que só se eliminava após 14 minutos, passou a ser eliminado em 5 minutos. Após trez dilatações do ureter abaixo do calculo o mesmo veio acarretar edema vesical em torno do orificio ureteral, edema intenso que dificulta visualização do meato. O doente não quiz se sujeitar a fulguração do edema que diminuiria tensão e facilitaria retirada do calculo endoscopicamente e insistiu em voltar para o interior afim de atender seus negocios. Nestes casos a fulguração e tração sobre o calculo, quando se apresenta no meato e sonda de demora ureteral por 24 a 48 horas constituem indicação segura e de ótimos resultados. Quando se pratica fulguração de edema do meato é sempre aconselhavel deixar esta sonda ureteral de demora. O calculo da junção uretero-pelvica deverá ser retirado por pielotomia, oportunamente.

A litíase bilateral é sempre grave e a intervenção deve ser rapida pela ameaça de anúria. Os doentes apresentam deficiência funcional acentuada do rim e grande risco operatório. Dentro dos processos conservativos, os ureteres devem ser desobstruidos em primeiro lugar e a primazia deve caber àquele que corresponde ao melhor rim, salvo, é claro, si condições de emergência tornam necessaria, em primeiro lugar, a intervenção no rim peor. Mais racional será, quando indicado, intervir pela instrumentação endoscópica no ureter e cirúrgica no rim. As operações praticadas acima da obstrução estão arriscadas a fistulisar, entretanto, é meio de melhorar provisoriamente a função, possibilitar o restabelecimento e facilitar intervenções ultteriores.

TRATAMENTO DAS RECIDIVAS

Neste trabalho não nos dispusemos estudar o tratamento das recidivas. E' assunto da maxima relevancia tanto clinica como urológica e o numero de casos que vamos cuidadosamente acompanhando com todos os exames e dados complementares ne-
60)

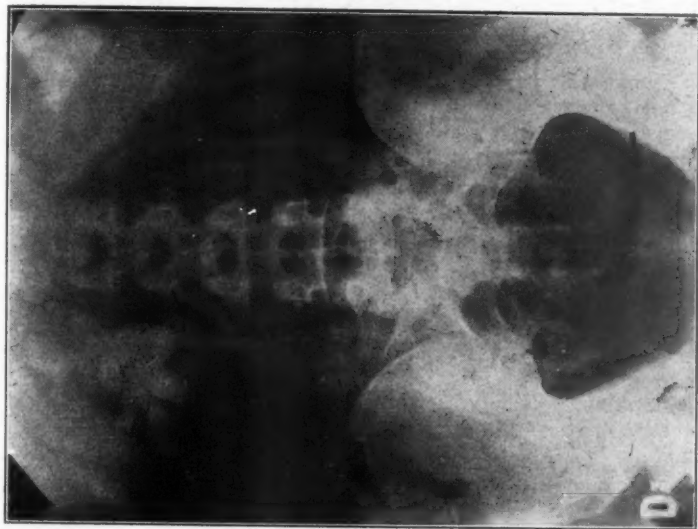


Fig. 18

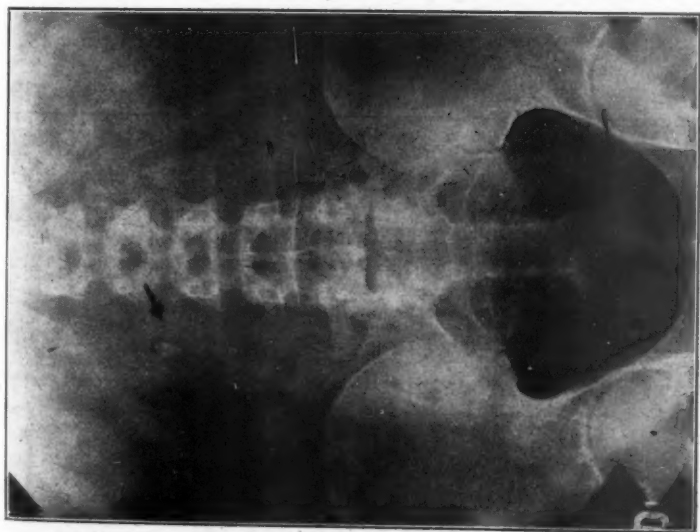


Fig. 17

cessarios para uma bõa orientação profilatica e local, ainda é diminuto.

O praso de tempo decorrido, mesmo nestes poucos casos, após eliminação ou retirada de calculos, ainda é insufficiente para que se possa falar com relativa segurança e com alguma copia de experiência pessoal.

A orientação que vamos seguindo, no entanto, é aquela que enunciamos na parte geral, quando, no problema etiológico, estudamos os fatores isoladamente.

Reservamo-nos para oportunamente publicarmos as observações e dados estatísticos que já estamos reunindo.

CONCLUSÕES

O tratamento da litiase ureteral não deve se limitar ao calculo, implica na profilaxia das recidivas pré ou post-operatóriamente.

O organismo deve ser auxiliado, por todos os meios indicados, a expulsar o calculo pelas vias naturais.

A instrumentação endoscópica atinge o seu objetivo em mais de 90% dos casos si o diagnóstico é precoce e o tratamento não se faz tardar.

A operação se reserva para as falhas da instrumentação, os grandes calculos encravados e as complicações e, nestes casos, a via extra-peritonea e lombo-iliaca é a melhor e dá acesso mais seguro.

HIPERTENÇÃO ARTERIAL - MIOCARDITES - ARTERIOESCLEROSE

CARDIOSCLEROL

TONICO CARDIACO ATOXICO

A base de Viscum album. - Cactus grandiflora - Cratoegus - Kola - Scila Rodanato de Potassa

Amostras e literaturas a disposição dos srs. Medicos

INSTITUTO CHIMORGAN

CAIXA, 4500

SÃO PAULO

PHILERGON

FORTIFICA DE FATO

PRODUÇÃO MÉDICA DE SÃO PAULO

Sociedade de Medicina e Cirurgia de S. Paulo

SESSÃO DE 18 NOVEMBRO

Presidente : PROF. FRANKLIN DE MOURA CAMPOS

Transfusão do plasma sanguíneo — DR. J. M. CAMARGO e acad. J. G. DE CARVALHO — Os AA. iniciam seu trabalho fazendo um resumo histórico da questão, dando em seguida as indicações e vantagens que a transfusão do plasma apresenta sobre a aplicação do sangue total. Em seguida, fazem considerações sobre os ótimos resultados que obtiveram seus trabalhos experimentais nos laboratórios de farmacologia da Faculdade de Medicina. Após relatam a observação feita em um paciente no qual praticaram a transfusão do plasma conservado, apresentando, com gráficos demonstrativos de suas experiências, amostras de plasma líquido conservado e de plasma em pó. As experiências relatadas e a observação clínica apresentada, que demonstrou o valor da transfusão do plasma sanguíneo e do plasma seco, representam a primeira co-

municação feita no Brasil sobre tão importante e atual questão. Terminam os A. A. agradecendo aos diretores dos laboratórios de farmacologia da Faculdade de Medicina e do Instituto do Butantã, drs. Jaime Regalo Pereira e Flávio Fonseca, pela boa acolhida que lhes vêm dispensando em suas exemplares organizações.

Inoculação experimental de "M. rhesus" por "Leishmania brasiliensis" — DR. A. D. FRANCO DO AMARAL — O A. apresentou o resultado de suas experiências realizadas no Departamento de Parasitologia da Faculdade de Medicina e que foi o motivo de sua tese para concorrer a uma vaga de socio titular da Sociedade de Medicina. Em conclusão de seu trabalho, afirma que o resultado da inoculação de "L. Brasiliensis" no dorso no nariz de "M. rhesus" é 100% positiva.

RECALCIFICAÇÃO
DO ORGANISMO

TRICALCINE

TUBERCULOSE
FRACTURAS, ANEMIA
ESCROFULOSE

Fabricada no Brasil com fórmula especial e sob o controle do
LABORATOIRE DES PRODUITS SCIENTIA-PARIS
União distribuidora para todo o Brasil
SOCIEDADE ENILA LTDA.
114, Rua General Camara — Caixa 406 — Rio

AMAMENTAÇÃO
CRESCIMENTO
GRAVIDEZ

"A medicina humoral" (A. Lumiere) — DR. E. DE AGUIAR WHITAKER — Há algum tempo (1935), apareceu a obra de A. Lumiere, intitulada "Renaissance de la medicine humorale", em que o autor expõe idéias de grande interesse para a patologia geral. Com o intuito de vulgarização, apresenta o A. um apanhado sucinto de seus pontos de vista, esquematizando as deduções práticas que se podem tirar.

No presente trabalho, são estudadas as respectivas "Bases doutrinais". "Causas das perturbações humorais" (intoxicações, autointoxicações, infecções; disfunções orgânicas; disfunções endócrinas; estados anafiláticos; estases; instabilidade humoral), "Afecções conhecidas, causadas pelo desequilíbrio humoral". "Exame do doente", "Tratamento (asma, dermatoses, enxaquecas e cefaléias). "Técnicas terapêuticas. Agentes diversos".

SESSÃO DE 1.º DE DEZEMBRO.

Presidente: PROF. F. DE MOURA CAMPOS

Transfusão de sangue (nota prévia) — DR. JOSÉ ARRUDA BOTELHO — O relator apresenta um aparelho de sua invenção para transfusão do sangue. Esse aparelho foi idealizado e construído para por ao alcance da classe médica brasileira um transfusor direto, prático, durável e pouco dispendioso. Esse objetivo foi conseguido com o aparelho de pequenas dimensões, de construção metálica e adaptável a seringas comuns de injeção. "JAB" é o nome do aparelho — são as iniciais do nome do relator. Depois da apresentação do aparelho, foi feita uma demonstração, realizando-se uma coleta de sangue de um doador, para uma ampola de conservação. A quantidade de sangue coletado foi de 250 cc. e esta operação foi praticada pelo dr. Rui de Faria, que mantém um serviço de conservação de sangue no Hospital Militar.

Pancreatite e obstrução coledociana — DR. PIRAGIRE NOGUEIRA — O A. refere-se às pancreatites de vulto que dominam os dados da laparotomia, não as denominadas histológicas ou de vizinhança. Exclue as formas de pancreatites super-aguda e a necrose aguda, para focalizar as pancreatites de decurso menos violento, que acompanham as infecções das vias biliares e que podem acarretar a icterícia por obstrução do colédoco. Comenta um caso de

ulcera gigante da parede posterior do bulbo duodenal, que levou o doente a laparotomia com o diagnóstico de neoplasma do pâncreas, em virtude de uma intensa pancreatite que complicou o quadro. Analisa três casos de icterícia e pancreatite, um dos quais não ligando a calcúloze biliar em todos, provada a infecção, mantendo-se a bile do colédoco infetada por espaço de 4 a 8 semanas. Chama a atenção para as pancreatites não diferenciáveis dos neoplasmas, embora com o auxílio dos dados laparotômicos das quais relata um caso.

Frisa a importância em tal situação do exame histo-patológico de corte, por congelação, no decurso da intervenção, o qual pode orientar o cirurgião sobre a indicação da exeresse, caso se trate de neoplasmas.

Acentua que a medida adquire atualmente grande valor, em virtude de estar a cirurgia dos neoplasmas do pâncreas orientada no sentido de ligar os ductos do pâncreas, desprezando sua secreção externa, desde que essa conduta é compatível com a sobrevida e desde que a secreção interna da porção de pâncreas restante (insulina e hormônio lipocáico) garanta o equilíbrio metabólico.

Finalizando, relata dados experimentais e cirúrgicos da literatura recente da fisiopatologia do pâncreas, que comprovam as suas considerações.

Associação Paulista de Medicina

SECÇÃO DE HIGIENE, MOLESTIAS TROPICAIS E
INFECCIOSAS, EM 4 DE JUNHO

Presidente: DR. F. A. CARDOSO

Relações quantitativas entre hemólise e complemento — DR. J. OLIVEIRA ALMEIDA — O A. estabeleceu uma relação matemática entre o grau de hemólise, observado quando se usa uma unidade de complemento, e a quantidade deste elemento necessário a um grau de hemólise padrão. Estabelecida tal relação, poderão facilmente ser calculados todos os valores intermediários, teoricamente. A diferença entre uma amostra ideal e a observada pode ser devida a erro de observação.

Comentário: Dr. Rosenfeld: Salientou que o processo do A. representa um meio excelente para a avaliação quantitativa da reação de fixação do complemento. Acentuou sobretudo a simplicidade do processo, o que não se verifica por exemplo com o método proposto por Shreus, que ideou um meio que dá bons resultados, mas é complexo.

Sobre a astenobiose do P. Whitmani Antunes e Coutinho, 1939. — DR. M. PEREIRA BARRETO — O A. estuda o fenômeno da astenobiose em gerações de fêmeas de "P. whitmani," criadas em laboratório.

Suas verificações confirmam e ampliam os resultados anteriormente observados em gerações das fêmeas capturadas "in natura".

Infeção natural do anopheles (N.) Darlingi pelos parasitas da malária, nos arredores de S. Paulo — DR. A. L. AYROZA GALVÃO E S. GRIECO — Os autores capturaram o "Anopheles darlingi" dentro de habitações de impaludados, na proporção de 161 para 5 anofelinos de outras espécies "A. albitarsis, A. strodei e A.

cruzi", nas localidades denominadas de Rio Bonito, Gequirituba, Cocaia, Bororé e El Dorado, nas imediações da Repreza do Rio Grande, e nos Bairros de Penhinha e Morumbi, ao longo do rio Pinheiros, duas localidades situadas entre Santo Amaro e Cidade Jardim, onde esta espécie não havia sido assinalada.

Os "A. darlingi" de Morumbi, Penhinha e El Dorado, em número de 13, não estavam infectados pelos parasitas da malária; mas, dos capturados em Rio Bonito, Gequirituba, Cocaia e Bororé, em número de 105,7 apresentavam oocistos no estômago e 2 esporozoítos nas glândulas salivares, o que dá respectivamente 6,66 e 1,9%. Estas últimas 4 localidades formam uma sequência de pequenos agrupamentos de casas à beira da Repreza, ligadas umas às outras, pelo que devem ser consideradas epidemiologicamente em conjunto.

Comentários: Dr. Rosenfeld: Pediu a palavra para, em nome dos doutores Covelli e Zwicker, que não puderam comparecer à reunião, declarar que os mesmos confirmam não só a suposição de ser o "A. darlingi" o principal vetor da malária autóctone, nos arredores desta Capital, conforme trabalho anterior de Ayroza Galvão, como também confirmam o presente trabalho de Ayroza Galvão e Sívio Grieco, pois, por sua vez, encontraram o referido anofelino infectado pelos parasitas da malária, em capturas que tiveram ocasião de fazer entre Pinheiros e Lapa, não podendo o declarante precisar se na bacia do Rio Pinheiros ou do Tietê.

Dr. Ayroza Galvão: Disse que se, por um lado, vê com satisfação

confirmados trabalhos seus, por outro é com tristeza que recebe a notícia da presença do "A. darlingi" entre Pinheiros e Lapa, isto é, em localidades onde ainda não havia sido assinalado; em capturas que, há cerca de 5 anos, vem fazendo em Pinheiros, não depa-rou o citado anofelino. E' certo, pois, que, infelizmente, o "A. darlingi" tende a aproximar-se da Repreza para a Cidade. Perguntou em seguida quais foram os índices oocístico e esporozóico determinados pelos doutorandos Covelli e Zwicker, nas capturas que fizeram.

Dr. Rosenfeld: Respondeu que os doutorandos Covelli e Zwicker não lhe tinham referido tais índices, limitando-se a dizer que haviam encontrado o "A. darlingi" infectado.

D. Cardoso: Agradecendo a valiosa contribuição dos AA., relembrou o trabalho anterior de Ayroza Galvão, em que este A. deixou bem patente que, em zonas malarígenas, sempre há uma só espécie ou, então, poucas espécies de anofelinos que desempenham papel preponderante na transmissão da ma-

lária, ao lado de outras, cujo papel em tal transmissão é praticamente nulo, mercê de seus hábitos não domésticos, não antropófilos. Tais constatações, não há negar, têm suma importância prática na profilaxia da malária, devendo essa profilaxia, quando se dirige para o ataque ao vetor, ter em mira tão somente aquelas espécies que se tenham mostrado perigosas pelos seus hábitos domésticos ou antropófilos. Não basta constatar a presença de anofelinos para prever um surto de malária. Só um estudo da biologia e ecologia das diferentes espécies é que nos poderá fornecer dados seguros a respeito, permitindo uma profilaxia científica e econômica. No caso particular do "A. darlingi" já há cerca de 1 ano, Ayroza Galvão pela primeira vez, o tinha incriminado como principal vetor da malária autóctone, nos arredores desta Capital, baseado no que se conhecia dos hábitos desse "Nys-sorhynchus". Os estudos atuais vêm corroborar a suposição aventada em 1940, mostrando como a profilaxia deve ser específica; pois, nas capturas feitas, só se tem encontrado infectado o "A. darlingi".

SECÇÃO DE NEURO-PSIQUIATRIA, EM 5 DE JUNHO

Presidente: DR. ANIBAL DA SILVEIRA

A higiene mental escolar por meio da clínica de orientação infantil — DR. DURVAL MARCONDES

O movimento de higiene mental culminou no trato dos problemas psíquicos da infância. A necessidade de surpreender os desvios psicopatológicos num período bastante precóce de sua formação, levaria forçosamente a atenção dos interessados para a fase infantil do desenvolvimento individual. Daí o papel proeminente que veio a ter a clínica da orientação infantil.

O A. fez um ligeiro histórico da criação das clínicas desse gênero, cuja atividade se fundamenta no estudo "múltiplo" do caso-problema, que é abordado por quatro tipos de profissionais: o médico

psiquiatra, o médico internista, a psicologista e a visitadora psiquiátrica. Ao exame médico geral e especializado, bem como à investigação psicológica de laboratório, combina-se pois, da clínica, o estudo da história pessoal e social da criança feito pela visitadora psiquiátrica, que é uma das peças fundamentais da organização e como que seu prolongamento no seio da comunidade. O caso-problema, é encarnado, portanto, de maneira integral, abrangendo-se desde a etiologia física, até a que se relaciona com as minúcias da vida familiar.

Os excelentes resultados que esse método de trabalho vem proporcionando à higiene mental não podia deixar de interessar a cons-

tuição basicamente responsável pelo aperfeiçoamento psíquico do indivíduo : a escola.

O A. descreveu, a seguir, a atividade da clínica de orientação infantil mantida pela Secção de Higiene Mental Escolar de São Paulo, que funciona sob sua direção. Ilustrou seu trabalho com material de observação clínica, pondo em foco os resultados práticos obtidos. Considerou, finalmente, as vantagens de ordem geral que daí provêm, pois o manejo de cada caso individual constitui um meio indireto de propaganda das boas normas de higiene mental infantil, repercutindo benéficamente no corpo docente das escolas e no ambiente familiar.

Comentários : Dr. Mário Yahn : Felicitou o A. pelo interessantíssimo trabalho, merecedor de todos os sinceros elogios, pois que apresenta uma síntese da atividade que o A. vem desenvolvendo e que ele organizou. A seguir, acentuou a dificuldade que encontraria, anos atrás, para realizar esse trabalho, uma vez que seria preciso formar um serviço que pudesse apreender a criança em toda a extensão e profundidade.

A apresentação dessa comunicação mostra-nos que possuímos um serviço nessas condições e que não deixa de ser um motivo de justo orgulho para nós todos.

Dr. Anibal da Silveira : Saien-tou também a importância que apresenta para qualquer meio esse trabalho.

Assinalou que a orientação mais moderna da Psiquiatria é a orientação psicobiológica, que procura enquadrar o organismo em seu próprio meio e que isto revela uma organização muito interessante.

Perguntou ao A. se tem estudado os casos de supranormais nas escolas primárias, porquanto esse problema tem, evidentemente, orientação mais profícua que daqueles anormais propriamente ditos.

Dr. Durval Marcondes : Respon-dendo aos comentaristas afir-

mou que o problema dos supranormais é sedutor e interessante.

A seguir, fez algumas considerações acerca desse problema em nosso meio e sobre a importância que tem a separação em classes distintas nas escolas primárias no que se refere à idade mental.

Dr. Anibal da Silveira : Agradeceu em nome da mesa a interessante palestra, pedindo ao A. que traga outros trabalhos no que concerne à sua especialização.

Estudos pneumoencefalográficos : mais dois casos de psicoses com atrofia cerebral —

DR. E. AGUIAR WHITAKER — Cifra-se o presente trabalho no registro de mais dois casos de psicoses, em continuação à série publicada pelo A., nos quais se constataram, por intermédio do exame pneumoencefalográfico, atrofia cerebral.

Em um dos pacientes, com diagnóstico de esquizofrenia simples, com alucinações auditivas, foi constatada desigualdade ventricular acentuada e atrofia cortical no hemisfério direito, região parietal.

No outro paciente, com diagnóstico de alucinose alcoólica crônica, observaram-se atrofia cortical, mais intensa na região parietal, não penetração de ar nas cisternas da base e sistema ventricular.

Comentários : Dr. Anibal da Silveira : Disse entre outras considerações, que a veracidade dessas atrofia tem sido discutida.

Dr. Celso Pereira da Silva : Chamou a atenção dos presentes, uma vez que tomou parte na confecção desse trabalho, de que essa atrofia depende da posição em que se colocar o paciente durante o exame radiológico.

A seguir comunicou que trará à Secção trabalhos sobre esses exames cefalográficos.

Dr. Mário Yahn : Disse que já teve oportunidade de se pôr em contato com casos mais graves dos que foram apresentados, onde se tentou o tratamento com o cardiazol, cujos resultados foram ótimos.

A seguir fez algumas considerações sobre um caso de delírio crônico onde, se pôz em foco o problema das alucinações e das provas radiológicas, e onde também não se podia estabelecer uma relação entre a atrofia e alucinação. É frequente observar alterações pneumo-encefálicas não só em estado de intoxicação, mas

também em indivíduos com psicose sem lesões orgânicas.

Terminando acentuou a dificuldade que existe em se estabelecer relações entre lesões orgânicas e o fenômeno alucinatório.

Dr. E. Aguiar Whitaker: Agradeceu a todos os comentaristas, fazendo a seguir mais algumas considerações sobre a frequência das atrofias.

SECÇÃO DE CIRURGIA, EM 10 DE JUNHO

Presidente: PROF. ANTONIO PRUDENTE

Cancer do colon. — PROF. ALÍPIO CORREA NETO — O A. iniciou o trabalho, fazendo um ligeiro histórico bibliográfico sobre o assunto, mostrando a evolução das idéias até os nossos dias.

A seguir apresentou os resultados da sua experiência pessoal sobre o assunto, com a apresentação de 15 casos.

Considerou largamente a sintomatologia, constituída principalmente por emagrecimento, anemia, enterorragias, diarréias muco-sanguinolentas, caquexia, palidez, tumor abdominal palpável, etc.

Quanto ao tratamento, preferiu o cirúrgico, tão precoce quanto possível.

Estudo clínico radiológico do cancer do grosso intestino — DR. MANOEL DE ABREU CAMPANÁRIO — O comentador começou dizendo que a sintomatologia clínica do câncer do grosso intestino resulta em grande parte dos distúrbios da digestão ou da defecação. O emagrecimento, a anemia, a enterorragia, as diarréias muco-sanguinolentas alternadas com a prisão de ventre, o abaixamento da hemoglobina, a caquexia, a palidez, a presença de tumor palpável no abdome, os sintomas de semiobstrução intestinal, foram focalizados rapidamente. A relatividade de tais sintomas foi discutido. Apresentou várias estatísticas sobre incidência do câncer dos colons.

O comentador passou a estudar a técnica do exame radiológico,

mostrando as suas dificuldades e os seus métodos.

Apresentou, para melhor orientação descritiva, uma sinopse dos sintomas clínico-radiológicos do câncer do grosso intestino. Descreveu pormenorizadamente cada um desses sintomas, detendo-se na descrição do fenômeno de Stierlin e das complicações que cercam o câncer, tais como o escatelo, a infecção, a oclusão, as fistulas ou a eventual calcificação do estroma conectivo dos tumores malignos.

A invaginação secundária ao câncer cólico foi lembrada como eventualidade rara.

Em seguida passou ao diagnóstico diferencial do câncer com a chamada doença de Crohn (ileite terminal), tuberculose ileo-cecal, tumores inflamatórios de cecum, granuloma amebiano (Endoameba histolítica), diverticulites, etc.

Projetou 26 dispositivos, elucidando com estes, as múltiplas modalidades da sintomatologia radiológica do câncer do grosso intestino.

Comentários: Prof. Antonio Prudente: Agradeceu a excelente contribuição, chamando a atenção da utilidade desse trabalho, com material inteiramente original.

A paratireoidectomia na espondilose rizomélica. Apresentação de quatro observações — DR. S. HERMETO JÚNIOR — O A. iniciou a sua comunicação lembrando os conceitos atuais a propósito da espondilose rizomélica,

que consideram esta afecção como uma forma das ósteo-artroses em sua localização vertebral. O A., baseado em sua casuística pessoal de reumatismos crônicos deformantes (ósteo-artroses), defende aquele conceito. Considerando o mesmo material de estudo (15 observações pessoais) — o A. chama a atenção para os processos de reabsorção óssea e suas relações com as paratireoides. Na presente comunicação, o A. apresentou 4 doentes portadores de espondiloses rizomélicas, estudadas com minúcia sob os aspectos clínicos e radiológicos; deteve-se na análise das lesões da coluna, salientando, principalmente a destruição dos discos intervertebrais, ás reabsorções ósseas do corpo vertebral, e a formação de osteofitos.

O A. mostrou que a calcemia, fósforo e fosfatase — mantêm valores normais ou nos limites do normal. Em seus quatro doentes praticou a paratireoidectomia, retirando de 1 a 2 paratireoides, de um lado somente. O A. observou até o presente — melhoras funcionais, expressas no desaparecimento das dores e na diminuição do bloqueio da coluna. Os resultados funcionais coexistem com uma estabilização das lesões anatómicas.

Comentários: Dr. M. A. Campanário: Teceu pequenos comen-

tários baseado nas opiniões de Forrester e Sequor, sobre as radiografias expostas pelo A.

Prof. Alípio Corrêa Neto: A última chapa mostrada, evidencia um espectro radiográfico muito conhecido como sendo a doença de "Sequor".

Dr. Moacir Amorim: Achou que sobre a questão da quantidade de cálcio, baseado na patologia geral, está em inteiro acordo com o que o A. relatou. Acha também que pH sanguíneo exerce grande influência na calcificação ou descalcificação.

Prof. Antônio Prudente: Disse que o A. teve muita razão em trazer essa comunicação que muito interessa a todos, sob o ponto de vista local, da moléstia que o A. focalizou. Julga, porém, que a paratireoidectomia não tem uma influência exclusiva localizada sobre o sistema ósseo. Ao lado desse estudo deve-se ter em conta a importância do fator local da etiologia endócrina, por outro lado, julga haver um sistema muito maior, mais amplo e complexo, de regulador da calcemia em todo o organismo.

Dr. S. Hermeto Júnior: Respondendo aos comentários fez considerações sobre os processos que tardiamente podem conduzir à osteo-artrose da importância do fator da mobilização cálcica no organismo.

SECÇÃO DE DERMATOLOGIA E SIFILIGRAFIA, EM 11 DE JUNHO

Presidente: DR. HUMBERTO CERRUTI

Considerações clínicas sobre 3 casos de sífilis pulmonar — Drs. JOÃO ALVES MEIRA e HÉLIO LOURENÇO DE OLIVEIRA — Os AA. limitaram suas considerações unicamente aos comentários sucitados por seus casos. Eles discutiram particularmente a propósito de cada observação os elementos para o diagnóstico clínico da sífilis pulmonar. Assim passaram em revista a importância dos antecedentes pessoais, a história de lues, a presença de lesões sífilíticas em outros órgãos, a po-

sitividade de reações serológicas, a resposta à terapêutica específica. Acentuaram a falibilidade destes mesmos elementos, a importância de se considerar sempre o diagnóstico de sífilis pulmonar como um diagnóstico de exclusão e como tal exigindo um aprofundado exame dos diagnósticos diferenciais a custa de todos os meios semeióticos. Passaram em revista os aspectos radiológicos e brocográficos da sífilis pulmonar, chamando a atenção para a necessidade de um exame broncoscópico

sistemático dos sífilíticos com sintomatologia bronco-pulmonar e nos quais a tuberculose foi afastada pelas indagações de laboratório.

Referindo-se à contribuição anátomo-patológica, asseveraram que mesmo sob este ponto de vista o diagnóstico de certeza quando não documentado pela presença nas lesões do "treponema palidum" não encontra elementos de absoluta segurança, pois que segundo Versé, não há qualquer sinal anatómico específico que caracterize como luética, sem mais nada, uma alteração pulmonar. Entretanto, é impossível negar a existência de sífilis pulmonar hoje aceita, baseando-se em grande número de observações bem documentadas e, como sugere o mesmo autor citado, os AA. frisam que se deve aceitar a sífilis pulmonar como resultante de um quadro em que os elementos clínico e anatómicos precisam ser considerados englobadamente e pesados juntos. No estabelecimento do diagnóstico clínico de sífilis pulmonar, de outro lado, é necessário se forme como uma noção assente a sua existência e, portanto, se tenha em mente a lues como capaz de ser responsável, etiologicamente, por lesões do aparelho respiratório, e como tal, devendo ser levada em conta no diagnóstico diferencial das bronco-pneumopatias. Estas considerações os AA. fizeram a propósito dos seguintes casos adiante resumidos: No 1.º caso tratava-se de um luético antigo, com lesões sífilíticas vasculares (aortite) e do esqueleto, com reação de Wassermann fortemente positiva e que, com ligeira sintomatologia funcional para o lado do aparelho respiratório (tosse) apresentava no exame clínico um síndrome de condensação no lobo inferior do pulmão esquerdo. Radiologicamente foi verificado se tratar exatamente de uma condensação daquela parte do parênquima pulmonar. Submetido a intenso tratamento anti-sifilítico com o restabelecimento das lesões ósseas verificou-se o gradual desaparecimento das lesões pulmonares. O paciente foi observado durante 1 ano, aproxima-

76)

damente, acompanhando-se a regressão das alterações pulmonares radiologicamente. No 2.º caso, um paciente com sintomas e sinais clínicos de bronquite crônica, asmático-forme, com reação de Wassermann fortemente positiva e com lesões luéticas do ouvido, nariz e gargante, o exame radiológico do pulmão levantou a suspeita de um processo bronquiectásico, e a broncografia demonstra a existência de lesões de bronquite e peribronquite revestindo o aspecto broncográfico visto habitualmente nas lesões de natureza sífilítica. O 3.º caso, é o de um paciente antigo tossidor crônico, com bronquite de repetição, e constando no seu passado com várias pneumonias que foi observado no início de uma nova pneumopatia aguda afetando o lobo inferior do pulmão esquerdo. Esta foi verificada clínica e radiologicamente logo após a entrada do paciente na Enfermaria. Não se tendo verificado, a resolução do processo pneumônico, foram praticados todos os exames de laboratório para o esclarecimento diagnóstico (vários exames diretos de escarro, pesquisa após homogeneização do bacilo de Koch, inoculações em cobaia, pesquisa e cultura para cogumelos, resultando negativas todas estas indagações). A reação de Wassermann foi fortemente positiva. Durante a sua permanência na enfermaria, o paciente apresentou manifestações cutâneas diagnosticadas como sífilides papulosas. Submetido à acurado tratamento anti-luético, verificou-se gradualmente uma limpeza radiológica, persistindo porém traços das acentuadas lesões escleróticas peribronquiais, que acompanhavam a lesão pneumônica inicial. Clinicamente observou-se igualmente grande melhora do paciente que, contudo, apresentava ainda sinais de bronquite, (tosse e expectoração, grande número de síbilos e roncós pela auscultação). Depois de muitos meses de observação, o paciente contraiu uma pneumonia lobar do lobo inferior direito em virtude do que veio a falecer. A necrópsia verificou além da pneumonia lobar e suas conse-

quências, a existência de lesões parenquimatosas do pulmão esquerdo que o anátomo-patologista diagnosticou como de sífilis esclerogomosa. Existiam também lesões gomosas do gânglio linfático do pulmão, confirmando-se assim o diagnóstico feito em vida. Os AA. documentaram a apresentação do seu trabalho com a exibição, a propósito de cada caso, de grande número de radiografias e broncografias além de fotografias do 1.º caso e microfotografias do caso verificado necropsopicamente.

Comentários: Dr. Humerto Ceruti: Felicitou os autores pela acurada observação clínica dos 3 casos de sífilis pulmonar, lembrando, a respeito, a monografia do autor argentino, Vivoli, que apresentou mais ou menos 20 casos dessa manifestação da sífilis. Este trabalho apresenta todavia uma certa falha quanto à parte anátomo-patológica e na questão relativa à pesquisa de treponema.

1) **Fenômeno de Prausnitz-Küstner na leishmaniose.** 2) **Intradermoreação na leishmaniose com antígeno de Tripanosoma cruzi** — PROF. SAMUEL PESSÔA — Em colaboração com Bruno R. Pestana, o A. leu e posteriormente publicou no "S. Paulo Médico", Vol. nos. 5 e 6, um trabalho sobre a "Intradermo-reação de Montenegro" em que fizeram as seguintes asserções: a) que conseguiram a transferência passiva da alergia na leishmaniose; indivíduos com leishmaniose mostram-se alérgicos ao antígeno preparado com culturas de tripanosoma cruzi. a) A primeira prova foi repetida, usando-se para isso dois casos de leishmanióticos fortemente alérgicos, casos esses injetados

no braço de dois técnicos do laboratório e dois médicos assistentes do Departamento de Parasitologia. Em todos eles obtiveram a transferência da alergia com fenômenos locais, mais ou menos fortes. Como contraste foi usado soro de indivíduos sãos. Em um outro médico do Departamento não se conseguiu a transferência, isto é, o Prausnitz-Küstner foi negativo. b) Sales Gomes entre nós e posteriormente Mayer e Pifano na Venezuela, não obtiveram intradermo-reações positivas nos casos de leishmaniose usando antígeno de Tripanosoma cruzi, ao contrário do que escrevemos no trabalho atrás mencionado. A reação foi repetida em 4 doentes de leishmaniose cutâneo-mucosa internados no Serviço do prof. Lindenberg todos com forte reação de Montenegro. Todos os 4 reagiram positivamente ao antígeno de Tripanosoma, confirmando assim os primeiros resultados do A. e de B. R. Pestana. A comunicação foi ilustrada com fotografias e desenhos em cores.

Comentários: Dr. Celso Barroso: Perguntou qual o processo de preparação do antígeno e ele respondeu que é muito simples: parte da cultura da leishmaniose. Nada mais é que uma infecção de leptomomas mortos. Indagou ainda da interpretação dos resultados e o modo como é feita a leitura, respondendo o autor detalhadamente.

Dr. Guilherme V. Burban: Asseverou que nos fenômenos de Prausnitz-Küstner a positividade é grande e a negatividade de cerca de 20%. Torna-se de grande interesse um estudo mais demorado destes fenômenos imunobiológicos.

SECÇÃO DE PEDIATRIA, EM 13 DE JUNHO

Presidente: DR. JOSÉ EURICO SANTOS ABREU

Constelação da vitamina B. — DR. VICENTE BATISTA — O A. começou inicialmente, justificando o apelido "constelação B", porquanto o antigo "complexo B"

revelou-se por si próprio, ser formado por outros complexos. A designação do autor foi adotada por vários clínicos patricios, maximé pela escola do professor Aus-

tregésilo. Apresentou a nova classificação dos favores da constelação "B", que organizou de acordo com os mais recentes progressos da Vitaminologia. Deixando de parte o estudo da vitamina B-1 (Tiamina) e das Vitaminas de interesse exclusivamente experimentais da Vitamina B-2 (Riboflavina), do ácido nicotínico, do ácido pantoténico e da Vitamina B-6 (Pteridoxina). Entrou, em seguida, em considerações de ordem terapêutica das "Avitaminoses", conseqüentes às carências dos fatores considerados, sobretudo às ariboflavinoses e anicotinoses.

Fez demorada referência à evolução do conceito etiológico da Pelagra e respectivo tratamento. Depois dos estudos fundamentais de Goldberger culminados no isolamento do factor P. P. que desbravaram esse novo campo para os vitaminólogos, vieram as tentativas de prevenção e cura do terrível mal, ainda sobre a influência da escola de Goldberger, por meio dos extratos de fígado, pelas três vias: bucal, intramuscular e intra-venosa, sempre em "altas doses". Os resultados dessas experiências, tanto no animal como no homem, foram louváveis, mas não solucionaram o problema da terapia antipelágrica. Então, a escola de Viscuncia (E. U.), partindo do fato da grande riqueza do tecido hepático em Nicotamida tentou a Nicotamida e o ácido Nicotínico na Pelagra experimental do cão (língua preta) com extraordinário êxito. SPIES e outros nutrologistas confirmaram plenamente na clínica os resultados da experimentação. Desde aí, o ácido nicotínico, e sua amida, vem sendo considerado específico da Pelagra. Mas apesar de tais êxitos, registraram-se malogros aqui e acolá. É que a pelagra raramente constitui um tipo puro de "Avitaminose", porquanto antes seria uma Avitaminose mixta.

As vitaminas B-2 ou Riboflavina, que foram degradadas das suas altas funções na fisiologia humana a de "simples auxiliar do crescimento do rato", readquiriu seu

antigo prestígio desde que SEBREEL e BUTLER, em 1928, verificaram que certas lesões resistentes à terapêutica pelo ácido nicotínico, cediam com o uso da Riboflavina. São as "ariboflavinoses", caracterizadas por certas lesões oculares (Sydenstricker e Colaboradores) pela boqueira e lesões exemiformes do nariz, da testa e das orelhas.

Não é só, porém, a vitamina B-6 (Adermina para os europeus; piridoxina para os americanos), atua também como reforço da terapêutica para a pelagra.

Tudo isto demonstra à sociedade, que o problema da pelagra ainda apresenta muitos incógnitas, que só a progressão e a insistência nas pesquisas poderão resolver.

Considerações em torno de um caso de oclusão intestinal post-apendicetomia em criança — DR. AURO AMORIM — O. A.

Apresentou um caso de oclusão intestinal ocorrido 6 dias após uma apendicetomia, em um caso de apendicite aguda supurada, em que fora feita a drenagem tubular. À laparotomia encontrou no hipocôndrio esquerdo uma alça delgada com as paredes coladas, formando um V, devido a uma aderência mais ou menos extensa por aglutinação das paredes. Desfeita, houve restabelecimento do trânsito intestinal, terminando o ato operatório com o fechamento da cavidade abdominal, sem drenagem e cura, 25 dias depois. A seguir fez comentários sobre a raridade dessa complicação, sua instalação sorrateira e marcha rápida. Chama a atenção para a maior frequência na criança, cuja causa está na apendicetomia feita em más condições, no maior número de formas supuradas e também na grande discordância entre a sintomatologia e o achado operatório. Achou que a criança reage diversamente do adulto ao processo apendicular. Está de acordo com a classificação de febre das oclusões de origem apendicular; oclusão contemporânea à crise, secundária e tardia. Es-

tudou pormenorizadamente a etiopatogenia, a sintomatologia e a conduta terapêutica em cada uma dessas variedades. Acentuou que

a drenagem tubular e a formação de derrames consequentes à peritonite, são os dois fatores de maior importancia na etiologia.

SECÇÃO DE TISIOLOGIA, EM 23 DE JUNHO

Presidente : DR. DECIO DE QUEIROZ TELES

Estudo anátomo-clínico da reinfeção tuberculosa — DR. JOSÉ ROSEMBERG — Como reina certa confusão em torno da terminologia da reinfeção tuberculosa, o A. iniciou a sua comunicação, referindo a terminologia que tem usado, é que considera a mais acertada.

A seguir o A. considerou as diversas teorias correntes a respeito da reinfeção tuberculosa, referindo-se longamente à anatomia patológica. É muito provável que a tísica do adulto ocorra por uma super-infeção.

Concluindo a comunicação, o A. disse que fez a palestra, mais como um estudo critico do problema, e que a super-infeção pôde ocorrer em qualquer época da vida, sendo muito provável que se trate mais de uma exacerbação do que propriamente uma reinfeção, devido a facilidade com que se encontra o bacilo de Koch no organismo humano.

Comentários : DR. OTÁVIO NÉBIAS Felicitou o A. pelo seu trabalho, referindo-se principalmente à questão da contribuição da anatomia patológica, na qual o A. se referiu à dados anatômicos, principalmente de Naegeli, comparando-os com outros trabalhos aparecidos posteriormente. A esse respeito, fez referências à um trabalho interessante surgido em 1937, baseado em 500 autópsias, e onde se verificou que já dos 18 anos de idade,

ha e cerca de 97% de infestação pela tuberculose. A infecção no adulto, se faz principalmente na 3.ª década, no caso de não se ter infectado até aos 18 anos.

Na Suíça, nota-se um notável retardamento dessa primo-infecção que se faz muito mais tarde, notando-se o seu aparecimento até com a idade de 40 anos.

Dr. Rui Dória : Tendo vivido sempre num meio, numa coletividade de tuberculosos, a sua observação lhe trouxe a convicção de que os bacilos de homens doentes não influem na marcha da moléstia dos outros e os indivíduos curados, com prova bacteriológica negativa, se continuam em contacto com os demais tuberculosos, se mantêm perfeitamente bem ; a esse respeito citou casos verificados, e concluiu dizendo que isso naturalmente tem uma grande importância sob o ponto de vista do contágio da moléstia.

Perfuração de caverna na traquéia — DRS. MOACIR AMORIM, OTÁVIO NÉBIAS e CARMO D' ANDRÉA — Os AA. apresentaram um caso interessantíssimo de perfuração de caverna pulmonar na traquéia. Trouxeram o caso ao conhecimento dos colegas, porque na literatura não encontraram nenhuma referência semelhante.

Concluem o trabalho, apresentando a observação do caso, bem como a peça anátomo-patológica.

SECÇÃO DE UROLOGIA, EM 26 DE JUNHO

Presidente : DR. EDUARDO DE SOUSA ARANHA

Hormônios sexuais masculinos — DR. LUCIANO DECOURT — O A. focalizou de início, a relação entre o lobo anterior da hipófise e as gonadas, fazendo ligeiro his-

tórico do assunto. Passou a estudar a ação dos fatores gonado-estimulantes, A e B, sobre os testículos e ovários, procurando classificar esses fatores de acordo com

sua origem (hipofisários e coriônicos). Discutiu a existência de um terceiro fator (IESH) descoberto por Evans, que teria ação sobre o tecido intersticial tanto do ovário como do testículo. Historiou a descoberta dos hormônios sexuais masculinos, mostrando sua importância e ação no organismo, tratando também das perturbações testiculares. Dividiu terapêutica em estimulante e de substituição, indicando em cada caso (eunucoidismo, criptorquídia, esterilidade, distrofia adiposo-genital) qual a orientação terapêutica a seguir.

A mesa agradeceu a magnífica contribuição do dr. Luciano Decourt, esperando que este continue a trazer à casa, o resultado brilhante dos seus estudos.

Sarcoma do epidídimo. — DRS. PLÍNIO BOVE e ABDUADER ADURA — Os AA. iniciaram a comunicação, fazendo um ligeiro histórico sobre o assunto, referindo-se aos trabalhos encontrados na literatura.

A seguir, apresentaram a observação de seu caso, que parece ser o único no Brasil, pois não encontraram outras referências na literatura.

Lendo a observação, referiram-se à história da moléstia, com seu início, sintomatologia, tratamentos

tentados, etc. Terminaram a comunicação, procurando fazer o diagnóstico diferencial com as várias afecções do epidídimo susceptíveis de confusão.

Comentários: Dr. Geraldo de Campos Freire: Felicitou o dr. Adura pela sua estréia na Secção de Urologia, especialmente por trazer uma comunicação interessante e rara. Lembrou que na questão do diagnóstico diferencial, o A. falou na possibilidade da confusão da tuberculose epididimária com os tumores do epidídimo. Entretanto, ele se referiu a este estudo dizendo que é secundária a uma tuberculose renal ou vesicular. Em alguns casos que teve oportunidade de observar, tem verificado que pelo menos entre nós os casos que tem acompanhado, tem encontrado a tuberculose epididimária antes da tuberculose renal ou vesicular.

Tem a impressão, apesar de não ser esta a opinião geral, de que a tuberculose genital tem ponto de partida no epidídimo.

Dr. Eduardo de Sousa Aranha: Agradeceu a comunicação do A., dizendo que os casos apresentados são muito raros, o que enalteceu o valor da contribuição. Quanto a terapêutica, pensa que continua a mesma.

Sociedade Paulista de Leprologia

SESSÃO DE 8 DE NOVEMBRO

Presidente: DR. HUMBERTO CERRUTI

Considerações sobre os distúrbios da sensibilidade na Lepra (nota prévia) — DR. OSWALDO DE FREITAS JULIÃO — Passou em revista as desordens subjetivas e objetivas da sensibilidade na lepra. Depois de referir-se ao comportamento das várias modalidades de sensibilidades superficiais e profundas, deteve-se no estudo das anestésias, considerando suas formas topográficas e os tipos de dissociação. Concluindo, salien-

tou o papel importante desempenhado pelos distúrbios da sensibilidade no reconhecimento da moléstia e no diagnóstico diferencial, sobretudo com a Siringomielia. A comunicação foi documentada com observações pessoais.

Causas de erro na leitura tardia do leprolin teste — DRS. FERNANDO L. ALAYON e FLÁVIO MAURANO — Os autores apresentam como primeira nota um

caso que se caracteriza como verdadeira curiosidade biopsíquica, pois é constituído por intensíssima caseificação no nódulo da R. de Mitsuda. A segunda nota é referente também a um nódulo de R. de Mitsuda que histologicamente nada difere de um quisto epidérmico de natureza traumática.

A atual organização do Serviço de Lepra no Estado do Paraná — DR. RENATO BRAGA — O A. faz ligeiro esboço histórico, passando em seguida a descrever o Serviço atual, sob a orientação e direção do dr. Aureliano Matos Moura.

Eritema nodoso na lepra — DR. VICENTE ERNESTO PECORARO — Teceu comentários sobre o síndrome eritema nodoso nas diversas moléstias, estudou em seguida as causas que podem desencadeá-lo na lepra, estabelecendo ainda peculiaridades quanto à sua localização. Considera o eritema nodoso uma manifestação cutânea mais frequente que o síndrome reação leprótica, tendo observado que os casos avançados são os que mais frequentemente apresentam entre os seus antecedentes, manifestações desse tipo, vindo possibilidades dessa erupção ser um índice de melhoria do prognóstico da doença. Sugeriu, afinal, um estudo mais acurado nesse sentido.

Sociedade de Medicina Legal e Criminologia

SESSÃO DE 1.º DE DEZEMBRO

Presidente: PROF. FLAMINIO FAVERO

Nova reação para diagnóstico de orientação de sangue em medicina legal — DR. ARNALDO A. FERREIRA — O A. apresentou uma nova reação para diagnóstico de orientação de sangue em medicina legal, cujo reagente é o seguinte: benzidina lática a 4%. Sua sensibilidade atinge a 1/100.000. A técnica de praticá-la é simples. A reação é positiva quando aparece imediatamente um colorido verde-bandeira e que, no fim de certo tempo, passa ao roxo. A ação pode ser praticada com sangue "in natura" diluído em água destilada. O reagente deve ser preparado na hora de usar-se pois, com o correr dos dias, a sua sensibilidade diminui. Ainda o A. comunicou que modificou o reagente de Schaer, dissolvendo a aloína no ácido láctico, o qual dá reação idêntica à aloína acética, porém o reagente se conserva por longo tempo, o que se não dá com o primitivo reagente Schaer, feito com solução acética de aloína. Com a modificação que propôs para o reagente de Schaer, feito com o ácido láctico o mesmo se conserva por meses.

Exame médico prévio — DR. AUGUSTO MATUCK — Focalizou o do candidato a motorista e a necessidade da exigência de qualidades psicotécnicas mínimas. Analisou os fatores de acidente e pôs em relevo a parte que cabe ao condutor de veículo e aos pedestres e discorreu sobre as exigências de tais exames, sua extensão e a falta de um esquema. O atual Código Nacional do Trânsito, exigindo o perfil psico-fisiológico, não delimitou as linhas essenciais quanto às deficiências físicas, musculares, articulares, mórbidas, enfim. Desse modo recordou o trabalho que teve ocasião de apresentar e foi aprovado no último Congresso de Infortunística de São Paulo, tendo sido enviado ao Governo do Estado. Depois dos fundamentos referidos, iniciou a primeira parte do seu trabalho, estudando o aparelho circulatório e suas lesões compatíveis, com a função de motorista. A hipertensão arterial foi analisada na sua origem, fase de estagio e evolução posterior provável.

Sociedade Paulista de Medicina e Higiene Escolar

SESSÃO DE 29 DE NOVEMBRO

Presidente: DR. F. FIGUEIRA DE MELO

Clínica e terapêutica do bocio na adolescência — DR. ARMANDO ARRUDA SAMPAIO — Depois de expender considerações sobre a relativa independência do período pubertário na evolução individual, o A. estuda os desvios funcionais e morfológicos peculiares a essa fase e ocasionados por perturbações do ritmo de desenvolvimento. Dentre as perturbações destaca as que se referem à tireóide, estudando os vários tipos de bocio, que podem ser observados por essa ocasião, particularmente o chamado bocio simples da adolescência.

Em relação ao tratamento dessa afecção, tão frequente, analisa a ação do iodo, da tiroidina e

da tiroxina, as respectivas indicações e doses, evidenciando a eficácia de uma terapêutica bem conduzida.

Lembra que esse tipo de bocio em geral, não apresenta relevância clínica nas suas fases iniciais, é passível, entretanto, de agravamento ulterior e que, embora, permanecendo como bocio simples, pelo que significa como sintoma de compensação, pela deformidade que acarreta e pela preocupação e angústia que pode causar ao seu portador, sempre deve ser encarado com a devida atenção pelo clínico, que dispõe hoje de recursos eficazes para a maioria dos casos, oportunamente tratados.

Sociedade do Serviço do "Prof. Celestino Bourroul"

SESSÃO DE 3 DE AGOSTO

Presidente: DR. GASTÃO ROSENFELD

Hernias dos núcleos pulposos — DR. CARLOS GAMA — O A. dissertou sobre o assunto com o fim de vulgarizar os conhecimentos sobre a fisiologia dos discos intervertebrais. Foram analisados o livro de Pierre Glorieux (Bruges) sobre: "La hernie Postérieure du menisque inter-vertebral", o livro de Georges Mauric sobre "Le disque inter-vertebral", o livro de Charles A. Elsberg, sobre "Surgical diseases of the spinal cord" e o relatório apresentado ao 2.º Congresso Chileno e Americano de Cirurgia em janeiro de 1940, pelo dr. José Luiz Bado, de Montevideu, sobre "Fraturas recentes del raquis".

Constou a conferência duma 1.ª parte referente à embriologia. ana-

tomia e fisiologia do disco intervertebral e duma 2.ª parte sobre a patologia dessa formação e mais especialmente sua porção central, isto é, "núcleos pulposus". Vários esquemas, colhidos nas fontes referidas, serviram para ilustrar o trabalho. Finalmente o conferencista apresentou o caso de um paciente internado na 6.ª Enfermaria de Medicina de Homens (Serv. do prof. Celestino Bourroul), no qual havendo suspeita de hernia posterior dos núcleos pulposus, foram feitas as provas radiológicas com a técnica especializada, terminando com considerações de ordem clínica e particularmente semiótica, a exposição do interessante assunto.

Outras Sociedades

Sociedade de Gastro-Enterologia e Nutrição, sessão de 5 de dezembro, ordem do dia: Considerações gerais sobre as salmoneloses humanas. Estudo sorológico das salmonelas — Dr. Lucas da Assunção; Aspecto endoscópico da amebiose recto-sigmoideano — Drs. Haroldo Sodré e J. Pontes.

Instituto "Clemente Ferreira", sessão de 6 de dezembro, ordem do dia: Aortopatias — Dr. Plínio de Lima; Discussão do diagnóstico e orientação terapêu-

tica dos casos matriculados durante a semana; Discussão da evolução dos casos em tratamento; Apresentação de resultados do tratamento médico e cirúrgico.

Sociedade do Serviço do "Prof. Celestino Bourroul" sessão de 20 de novembro, ordem do dia: Considerações sobre drenagem fechada com apresentação de aparelhos — Dr. Nairo F. Trench; Fundo de olho e clínica — Dr. J. Mendonça de Barros.

LITERATURA MÉDICA

Livros recebidos

Métodos modernos de amputação — EDMUNDO VASCONCELOS, EDGARD PINTO DE SOUZA e JOSÉ GONÇALVES FILHO — Comp. Editora Nacional, São Paulo, 1942.

Acaba de ser distribuído às livrarias uma importante monografia sobre amputações da autoria do prof. Edmundo Vasconcelos e seus colaboradores dr. Edgard Pinto de Souza e José Gonçalves Filho. Relator oficial do tema "amputações do ponto de vista funcional" do III Congresso Brasileiro e Americano de Cirurgia, o prof. Vasconcelos apresentou este livro como exprimindo os seus pontos de vista sobre o assunto, o que vale dizer que a obra contém a mais moderna orientação da arte de fazer amputações, principalmente tendo em conta os resultados a distância, conforme é do interesse da Infirmitária. Os vários métodos foram experimentados e selecionados, de sorte que o livro encerra, de facto, uma orientação prática, de grande utilidade para os traumatologistas e para todos os médicos do interior deste vasto Brasil, que frequentemente

se vêm na contingência de proceder a uma amputação. Acresce notar que o livro está esmeradamente ilustrado por José Gonçalves Filho e descrito por Edgard Pinto de Souza, mediante preparações cadavéricas selecionadas. Trata-se, pois, de uma obra essencialmente útil e digna de figurar sobre a mesa dos que vivem às voltas com a clinica traumatológica. O volume contém mais de 250 páginas em grande formato, com 258 figuras originais.

Terapêutica clínica (Riñones, vias urinarias y piel) — ALEJANDRO ASTROLDI e OUTROS, E. Ateño (Florida, 340), Buenos Aires, 1941.

Na Biblioteca de Terapêutica dirigida por Cesar Cardini e Juan José Beretervide e de cuja utilidade já tivemos ocasião de salientar, acaba de aparecer o volume dedicado aos rins, vias urinárias e pele, escrito por destacados especialistas da Argentina, como Albanese, Astroldi, Basombrio, Ferrasadas, Marino e Murtagh, além dos orientadores da coleção. A

primeira parte do livro cuida do tratamento das nefropatias médicas, aí se incluindo a hipertensão arterial. Na segunda parte, sob um plano inteiramente novo, vem explanada a orientação a seguir nos grandes síndromas urinários, aí se tratando, em caráter particular, da urologia infantil na terceira parte são expostas as diretrizes da medicação externa da pele. Trata-se de um manual essencialmente prático, de fácil consulta. O volume contém perto de 600 páginas.

Las apendicitis agudas — JOSÉ MARIA MAINETTI — E. Ateneo (Florida, 340), Buenos Aires, 1941.

No presente volume o A. estuda especialmente as formas graves da apendicite aguda. O problema do diagnóstico, diante da diversidade dos quadros clínicos, é cuidadosamente exposto. Os vários sintomas são minuciosamente analisados e o diagnóstico diferencial é discutido à luz dos vários processos semiológicos.

Cuida da oportunidade da intervenção cirúrgica e descreve a técnica operatória com detalhes, citando vários recursos de ocasião conforme a situação e estado do apêndice. Quanto à medicação, o A. expõe detalhadamente os vários recursos, mas se limita, no final, a dizer que "o tratamento antiinfecioso com soro antitóxico ou sulfamidas é de resultados duvidosos e não isentos de perigo". Entretanto, não só o soro como as sulfamidas já foram largamente experimentadas, em ação local na cavidade peritoneal, com excelentes resultados. Convm lembrar, também, que o método brasileiro de Bruno da prata coloidal no peritomeo merece mais larga difusão e que o emprego do soro na grande cavidade tem, além do mais, a grande virtude de excitar o peristaltismo intestinal, prevenindo contra o ileo paralítico, de acordo com observações de Eurico Branco Ribeiro e trabalhos experimentais de Edu-

ardo Vaz e Jayme Pereira, todos de São Paulo. Seria interessante que os meios cirúrgicos platinos lançassem mão de mais esses recursos para darem, futuramente, o testemunho da sua experiência.

Trabalhos do Departamento de Anatomia Patológica — Coletânea relativa aos anos de 1939 e 1940.

Acaba de ser distribuído o volume correspondente aos anos de 1939 e 1940 da coletânea de trabalhos do Departamento de Anatomia Patológica da Faculdade de Medicina de São Paulo sob a direção do prof. L. Cunha Mota. A valiosa contribuição dos cientistas que trabalham nesse Departamento versou sobre: afecções cirúrgicas do reto, dermatite verrucosa, silicose pulmonar, pneumotose cística do intestino, hepatites e cirrose, tumores dos nervos periféricos, eliminação urinária dos hormônios androgênicos e estrogênicos, determinação fotométrica da androsterona, do testosterone e do desoxicosticosterona, cordomas, equinococo do cérebro, sífilis aórtica e morte súbita, fibromioma maligno e adenocarcinoma do corpo do útero, serviço de verificação de óbitos.

Males do abortamento — VICENTE DE MÓDENA, São Paulo, 1941.

O A., que já apresenta uma bibliografia volumosa e cujo nome é bastante conhecido nos meios médicos do paiz, publicou recentemente o resultado de suas observações e estudos a respeito dos males do abortamento, encarando os vários aspectos do problema em elegante volume de pouco mais de 100 páginas. Os processos abortivos e as suas possíveis consequências são analisados com minúcia, havendo capítulos especiais dedicados às várias complicações do abortamento provocado. O A. se insurge contra a prática abusiva do aborto pelas parteiras e clama medidas coercitivas.

PHILERGON - FORTIFICA DE FATO

IMPrensa MÉDICA DE SÃO PAULO

Sumário dos ultimos números

Arquivos de Biologia, XXV, 242-271, outubro 1941 — Observações estatísticas e bacteriológicas sobre a disenteria bacilar no Brasil — E. Biocca; Contribuição ao estudo das águas minerais da Prata — Cícero Neiva; Emprego dos compostos iodâmicos em clínica — Vasco Ferraz Costa; Notas sobre a terapêutica do sistema neuro vegetativo — Ulisses Paranhos.

Arquivos de Cirurgia Clínica e Experimental, número especial comemorativo do jubileu professoral do prof. Antonio de Almeida Prado, junho-agosto 1914 — Traços biográficos — Eduardo Monteiro; Patologia e clínica — A. A. Prado; Mecanismo de acción de la secreción hipertensora del riñon — B. A. Houssay; El neumotorax espontáneo bilateral simultáneo — Mariano R. Castex y Egidio S. Mazzei; El reumatismo cardiaco; su tratamiento con el salicilato de soda; técnica personales — R. A. Bullrich; Estudio radiológico sobre el mesenterio comum — C. Bonorino; Agrandamiento cardiaco reversible y bocio no tóxico — P. Cossio, E. B. del Castillo e R. Finocchietto; Calcificações múltiplas sub-corticais do cérebro — A. C. Pacheco e Silva; Lesões do sistema nervoso central na avitaminose B1 experimental — A. Austregesilo e A. Borges-Fortes; Ação do óleo das *Elaeis Guineensis* L. do Brasil na cicatrização das úlceras experimentais da córnea de ratos — Cantidio de Moura Campos; Hiperplasia de fibras simpáticas no apêndice vermiforme obliterado — Carmo Lordy; Ensino médico. Esboço de um novo plano de estudo — E. de Souza Campos; Alterações imuno-alérgicas nas formas clínicas da lepra — Aguiar Punó; Man-

dioca como fonte de vitamina B6 — F. A. de Moura Campos; Adeno-cancer do fígado com cirrose — Adriano Pondé; Os ácidos coléicos e seu papel na resorção intestinal — H. Rheinboldt; Sobre o desenvolvimento do Bryozóario *Synnotum Aegyptiacum* — Ernesto Marcus; Poiquilothermismo na preguica-ai — Paulo Sawya; A perspectiva cirúrgica no tratamento da hipertensão arterial — Genival Londres; Hipertensão arterial e seu diagnóstico precoce pela otoscopia — Aristides Monteiro; História e histórias da endocrinologia — W. Berardinelli; O banho hidromineral — A. de Melo e Souza; Bloqueio sino-auricular. Três observações clínicas — Jairo Ramos e Masaki Udihara; A propósito das formas viscerais da brucelose humana — Oscar Monteiro de Barros, Felipe Vasconcelos e Gastão Rosenfeld; Dietrizes da vitaminoterapia — F. Cintra do Prado; Tratamento clínico dos bóciós. A propósito de um caso — A. Pinto Viegas; Fundamentos de dietética nas moléstias intestinais — F. Figliolini; Semiologia da uretra feminina — Geraldo V. de Azevedo; Sobre um caso feliz de frenicotripsia autônoma — J. B. de Souza Soares; Exame radiológico e tuberculínico do universitário paulista — R. de Paula Souza; O problema da paratireoidectomia nos reumatismos crônicos deformantes — S. Hermeto Jr.; Clínica do carcinoma da bexiga — Ataíde Pereira; Vitaminas e glândulas endócrinas — D. M. Gonzales Torres; Considerações gerais sobre o metabolismo da água — R. Chilverini; O método de Einthoven — L. V. Decourt; Aneurisma intrapericárdico da aorta roto na veia cava superior — J. A. Meira e H. L. de Oliveira; O cancer da

larínge — E. Vasconcelos e P. Matos Barreto; Moléstia de Meheney. Ulceração crônica subdominada e perfurante da pele pelo estreptococo hemolítico microaerofílico — Eduardo Etzel; Estudo comparativo entre a reação de Widal e uma reação de aglutinação em lâmina no diagnóstico da febre tifoide — A. de E. Tannay; Considerações clínicas e fisiopatológicas sobre o "síndrome de Brown Séquard" — A. Tolosa; Estudo clínico e fisioterápico de dois casos de miastenia grave com referências particulares à ação da prostigmina — A. Tolosa e C. C. Savoy; Considerações sobre um caso de hemi-hipertonia palidal — A. Tolosa e V. Venturi; Pícnolepsia — A. Tolosa e J. C. Ribas; Hemangioblastoma fronto-parietal direito — O. Lange e J. M. T. Bittencourt; Cordotomia antero-lateral num síndrome doloroso irredutível do membro inferior — A. Tolosa e C. Gama; A prova da histamina em neurologia — O. F. Julião. Ressecção das 2 veias jugulares internas no esvaziamento ganglionar bilateral do pescoço — A. Prudente; Semiótica da força de reserva do coração — E. Monteiro; O problema alimentar do estado de S. Paulo — J. Queiroz de Moraes; A endocrinologia em face das afecções oto-rino-laringológicas — J. A. Mesquita Sampaio; Silicose pulmonar infestada — A. C. Carvalho, Tácito Silveira e Maricio Levy Jr.; Pericardite purulenta — Eurico Bastos; As hipertensões da pequena circulação. Estudo radiológico e eletrocardiográfico — P. A. Toledo; A depuração da uréia sanguínea e seu significado nas nefropatias — G. F. Silveira e W. Leser; Tétano crônico generalizado — M. Navarro; Tratamento da teniase pela via duodenal — O. P. de Araujo; Da ação da atropina nos bloqueios aurículo-ventriculares — J. B. Magaldi; Contribuição para o estudo da prova da Santonina no exame funcional do fígado — P. Dias da Silveira; Sobre um caso de diabetes insípido condicionado à linfogranulomatose benigna (94)

— A. Zelante Flosi; Considerações clínicas em torno de um caso frusto de Babinski-Froelich — A. S. Rezende.

Folia Clinica et Biologica, XIII, 135-165, 1941 — Considerações sobre reservas de vitaminas — F. Moura Campos; Estudo do hemograma em geral: sua aplicação no puerperio normal e infectado — N. V. de Barros; Etiologia generale e classificazzione delle dermatosi: La classificazione di Giuseppe Jacopo Plenck e di Roberto Willam — A. Busacca.

Neurônio, II, 1-63, outubro 1941 — Recensões dos trabalhos latino-americanos de neurologia, psiquiatria, de medicina legal e ciencias afins.

Pediatria Prática, XII, 165-232 maio-junho 1941 — Masa cervicodorsalis — Roberto Kohan; As plaquetas e os reticulocitos no sangue periférico do recém nascido e do lactente normal — E. Mario Russo e Pedro Jannini; Um caso de espasmo do esofago — J. Renato Woiski; Considerações em torno de um caso de oclusão intestinal posapendectomia em criança — Auro Amorim.

Publicações Médicas, XIII, 1-63, outubro 1941 — Sobre um caso de moléstia de Pfeiffer — B. Brigagão; A sulfamidopiridina (dagenan) na pneumonia da criança — J. Cupertino; Um caso de dermatite verrucosa cromomictica — Sá Leitão; Albuminurias em clínica — Alvino de Paula.

Resenha Clínico-Científica, X, 423-459, novembro 1941 — A tuberculose pulmonar de origem hematogênica — Carlos Gama; A psiquiatria na América do Norte — C. Pacheco e Silva; Sobre a casualidade exógena (traumática) dos tumores — Leone Lattes; A perinefrite — Nicola Carraro.

Revista Clínica de S. Paulo, X, 67-106, setembro 1941 — Litíase prostática — A. A. da Motta Pacheco; Coração e tireóide — Luciano Decourt.

Revista de Gastro-Enterologia de São Paulo, III, 183-240, outubro 1941 — Vitamina PP — Martius Pawel; Insuficiência suprarrenal — Otávio Cavalcanti.

Revista de Neurologia e Psiquiatria de São Paulo, VII, 197-248, setembro-outubro 1941 — Como evitar as moléstias nervosas e mentais — A. Delliveneri; Ataxia aguda polinévrítica — Luis C. Fonseca.

Revista Paulista de Medicina, XIX, 1-64, julho 1941 — Bócio endêmico em alguns municípios do Estado de São Paulo — A. A.

Sampaio; A técnica e a tática das ressecções infradiafragmáticas dos nervos esplanênicos. Fundamentos anátomo-fisiológicos. Sistematização da via de acesso lombar infradiafragmática retro-peritoneal — S. Hermeto Jr.

São Paulo Médico, XIV, 123-186, outubro-novembro 1941. — Alopecias e calvícies de origem pituitário — J. C. Mussio Fournier y J. M. Cerviño; Bloqueio sino-auricular — P. Almeida Toledo; Síndrome talâmica de Dejerine e Roussy — J. Lamartine de Assis e Yvone P. d'Andréa; Ozona e ozonoterapia — L. J. Bassit.

VIDA MÉDICA DE SÃO PAULO

Faculdade de Medicina da Universidade de S. Paulo

Colação de grau da turma de 1941 — Revestiu-se de grande brilho a solenidade da colação de grau dos doutorandos de 1941, da Faculdade de Medicina da Universidade de S. Paulo, realizada no dia 9 de dezembro, no Teatro Municipal.

A cerimonia, presidida pelo reitor da Universidade, prof. Jorge Americano, teve início às 21 horas, ao som do Hino Nacional. Ao lado do reitor, viam-se o dr. Rodrigues Alves Sobrinho, secretario da Educação; prof. Benedito Montenegro, diretor da Faculdade de Medicina; e os representantes das altas autoridades civis e militares.

Aberta a sessão pelo prof. Jorge Americano, foi dado início à colação de grau dos 83 novos medicos, a começar pelo doutorando Aderbal Cardoso da Cunha, que fez o juramento de Hipócrates, repetido por toda a turma, cuja chamada foi feita em seguida, sob aplausos da assistência.

A seguir, o reitor deu a palavra ao orador da turma, doutorando Antonio Frederico Branco Lefé-

vre, que pronunciou interessante oração, alusiva ao ato. Começando por aludir à significação daquela cerimonia, lembrou o orador os nomes dos colegas e professores falecidos, para, depois, tecer considerações de ordem geral sobre o exercício da Medicina e sua fundamentação científica. Acentuando as principais características das últimas conclusões no dominio do pensamento científico, o orador mostrou que já passou o tempo da ciencia puramente especulativa, alheia à realidade social ambiente. Hoje, a ciencia coloca-se a serviço do homem, procurando libertá-lo de sua submissão às forças cegas da natureza. E, referindo-se à ciencia médica, propriamente dita, o orador conclue acentuando, mais uma vez, a sua significação, principalmente na atualidade, com as profundas transformações que atravessa o mundo.

Por último, falou o prof. Benedito Montenegro, paraninfo da turma. Começando por agradecer a honra da escolha de seu nome, o orador mostrou a responsabilidade que assumiam eles ao fazerem o juramento de Hipócrates, dando-

-lhes conselhos para o bom desempenho da nobre missão que se impuseram, de dar lenitivo às dores da humanidade.

Encerrando a cerimonia, o reitor da Universidade congratulou-se com São Paulo, pela formação daquela nova turma de médicos.

São os seguintes os novos médicos: Aderbal Cardoso da Cunha Afonso Dante Chiara, Altino Barbosa de Almeida, Alvaro Marcondes da Silva, Amadeu Fracon, Américo Vespucio Geraldí, Antonio Carlos Barreto, Antonio Frederico Branco Lefevre, Antonio Guariento, Antonio Simões Pontes, Antonio Tedesco, Aristides Giorgi, Armando Bozzini, Armando Sampaio de Rezende, Arnaldo Gottardi, Attilio Zelante Flosi, Aureliano Portugal Cleto, Bussamara Nede, Carlos Augusto Gonçalves, Carlos Schelini, Cassio Montenegro, Claudio Vila, David Fermann, Dirceu Antunes Sampaio, Eça Pires de Mesquita, Edmundo Covelli, Eitel Arantes Dix, Eliseu Salotta, Emilio Athié, Eurico Toledo de Carvalho, Euripedes Machado de Campos, Felisberto Rodrigues, Flavio Pires de Camargo, Flavio do Prado Franco, Geraldo Sales Colonnese, Helio Martins, Hene Mansur Sadek,

Italo Martirani, Jarbas Camargo Alves, João Alfredo Caetano da Silva Junior, João de Azevedo Leite, José Benedito Decoussau, José Carlos Pereira da Cunha, José Coimbra Duarte, José Eduardo de Carvalho Fernandes, José Ferreira de Pontes, José Francisco Monteiro, José Francisco Soares de Araujo, José Gonzaga Ferreira de Carvalho, José Lima Pedreira de Freitas, José Lopes Neto, José Pasqualino Cervolino, José Paula Marcondes de Sousa, José Tiago Pontes, Lourdes de Freitas, Luiz Alberto Vieira dos Santos, Luiz de Camargo Pires, Luiz Edgard Puech Leão, Luiz Garcia Duarte, Luiz Starman, Maçahiro Samesima, Maria Elisa Bierrenbach Khouri, Maria de Lourdes Mauricio Levi Junior, Murilo Paca de Azevedo, Nagib Miguel Simão, Nelson Albano, Nelson Arruda Leme, Otávio Siqueira Cunha, Olavo Barros, Orlando Craner, Orlando Murari, Osmario Borges de Macedo, Osvaldo Mendes Leite, Paulo Dias da Silveira, Pedro Agapio de Aquino Neto, Reinaldo Antonio Maciel, Roberto Zwicker, Romulo Ribeiro Pieroni, Savoin Smanio, Sílvio J. Grieco, Tito Expedito Gonçalves Pereira, Trieste Smanio, Vicente Barone, Vicente Monetti e Virginia Carone.

Necrológio

Dr. Antonio Carlos Tinoco Cabral — Faleceu em Ribeirão Preto no dia 6 de dezembro, o dr. Antonio Carlos Tinoco Cabral, médico, antigo morador naquela cidade e onde era geralmente estimado. Natural da cidade de Campos, Estado do Rio de Janeiro, onde nascera em 21 de outubro de 1876, o dr. Antonio Carlos Tinoco Cabral, após a sua formatura, se transferiu para São Sebastião do Paraíso, em Minas Gerais. Daquela cidade, transferiu-se em 1911, para Ribeirão Preto, onde ficou residindo, sem interrupção, até a sua morte. Nessa cidade ocupou os cargos de inspetor sanitário e, mais tarde, os de

inspetor estadual e federal junto à Faculdade de Farmacia e Odontologia. Foi durante 18 anos provedor da Santa Casa de Misericórdia daquela cidade, tendo dado a essa instituição o melhor da sua vida. Atacado, há 8 anos, por moléstia grave, ainda assim continuou a prestar por muito tempo os seus serviços a instituições filantrópicas daquela cidade, continuando também a fazer parte da Santa Casa e prestando a sua colaboração na fundação das novas instituições: Casa da Criança "Santo Antonio" e Abrigo "Ana Diederichsen", este último destinado à proteção dos tuberculosos pobres.

